PARMA MEDICA

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI PARMA

Spedizione in a.p. - 45% - ART 2 COMMA 20/B LEGGE 662/96 - Filiale di Parma

FEBBRAIO 2017

1

Oliveti: la Fondazione è solida e si regge sul patto generazionale. Andreozzi: l'Enpam è una democrazia partecipativa

Testuzza: "Del futuro non c'è certezza!". Daleffe: la previdenza va costruita in tempo utile

Attualità. Diritto alla salute tra malessere della sanità e incertezze della democrazia

Formazione. Riflessioni e divagazioni sull'insegnamento della Medicina

Ordine dei medici ed Enpam, insieme per spiegare luci ed ombre della previdenza

L Omceo Parma ha organizzato con i vertici della Fondazione un convegno dal titolo La previdenza per il medico: un passaggio per la stabilit della professione . Sono stati analizzati alcuni dei problemi, diretti o correlati, che hanno ricadute sulla sostenibilit del sistema pensionistico. L Enpam ha messo in campo una serie di azioni per fronteggiare la situazione che, come ha spiegato il Presidente Alberto Oliveti, possono tradursi anche in importanti opportunit .

VALPARMA HOSPITAL
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

REPARTI DI RICOVERO

• Medicina generale • Riabilitazione e recupero funzionale
• Chirurgia generale e Daysurgery Multidisciplinare:
• Chirurgia generale • Oculistica • Vascolare • Ortopedica
• Chirurgia otorinolaringoiatrica • Chirurgia ginecologica
• Plastica ricostruttiva ed estetica • Urologica

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

- Risonanza magnetica*
- Radiologia*
- Ecografia*
- Mammografia*

SERVIZIO DI FISIOTERAPIA

- Rieducazione motoria*
- Kinesiterapia*
- Corsi di back scool, Mc Kenzie
- Rieducazione posturale globale
- Ultrasuoni
- Magnetoterapia
- Inoforesi
- Tens
- Infrarossi*
- Diadinamica
- Elettrostimoli*
- Trazioni
- Laserterapia
- U.V.
- Massaggi
- Tecar

RIABILITAZIONE IN ACQUA

- Idrokinesiterapia

POLIAMBULATORI

- Cardiologia*
- Chirurgia*
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Endoscopia digestiva*
- Ginecologia*
- Fisiatria*
- Oculistica*
- Ortopedia*
- Otorinolaringoiatria*
- Pneumologia/allergologia
- Scienza dell'alimentazione
- Senologia clinica*
- Urologia*
- Podologia
- Reumatologia

LABORATORIO ANALISI

- Chimico-cliniche e microbiologiche
(sottoposto a verifiche di qualità)
in particolare si eseguono i seguenti profili:
- Tiroideo · Epatico · Cardiaco
- Renale · Coaugulazione completa

(consegna dei referti urgenti in giornata)

* CONVENZIONATI S.S.N.

VALPARMA HOSPITAL
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

DIRETTORE SANITARIO
Dott. Tullio Poli

43013 Langhirano (Parma)
via XX Settembre, 22
Tel. 0521 8648 Telefax 0521 864408
www.valparmahospital.it
e-mail: info@valparmahospital.it

PRENOTAZIONI
0521-8648

Direttore responsabile ed editoriale
Dr. Pierantonio Muzzetto

Comitato di Redazione

Giornalisti
Antonella Del Gesso

Medici consiglieri
Dott. Mario Scali
Dott. Michele Meschi
Dott. Mariangela Dardani
Dott. Angelo Di Mola
Dr.ssa Ilaria Crialesi Esposito
Dr.ssa Lavinia Volpi

Medici Esterni
Prof. Raffaele Virdis
Dott. Gianfranco Cervellin
Dott. Fernanda Bastiani
Dott. Angelo Campanini
Dott. Bruno Agnetti

Segreteria dell'Ordine
Orari:
Lunedì 9.00 - 13.00
Martedì 9.00-17.00 / Mercoledì 9.00-16.00
Giovedì 9.00-17.00 / Venerdì 9.00-13.00
Orari estivi: Lunedì - Venerdì 9.00-14.00

Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma
www.omceopr.it
segreteria@omceopr.it
Tel. 0521/208818
Fax.0521/234276

Consiglio Direttivo 2015 – 2017

Presidente
Dr. Pierantonio Muzzetto

Vice Presidente
Dr. Paolo Ronchini

Segretario
Dr. Paolo Dall'Aglio

Tesoriere
Dr. Michele Campari

Consiglieri:
Prof. Baroni Maria Cristina
Dr. Ornella Cappelli
Dr. Angelo Di Mola
Dr.ssa Mariangela Dardani
Dr. Maurizio Falzoi
Dr. Giorgio Gazzola
Dr. Luigi Ippolito
Dr. Maurizio Leccabue
Dr. Francesco Leonardi
Dr. Andrea Manotti
Dr. Gianni Rastelli
Dr. Mario Scali
Dr. Patrizia Sottotetti

Revisori dei Conti
Dr. Matteo Curti (Presidente)
Dr. Francesco S. Renzulli
Dr.ssa Ilaria Crialesi Esposito
Dr.ssa Lavinia Volpi (supplente)

Commissione Albo Odontoiatri
odontoiatri@omceopr.it

Presidente
Dr. Angelo Di Mola

Consiglieri
Dr. Paolo Dall'Aglio
Dr. Federico Maffei
Dr. Paolo Pesci
Dr. Claudia Rabajotti

Editoriale

La previdenza per il medico: un passaggio per la stabilità della professione

di Pierantonio Muzzetto

L'Ordine di medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Parma ha concluso il 2016 con un convegno dal titolo "La previdenza per il medico: un passaggio per la stabilità della professione", organizzato in collaborazione con l'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza medici.

Per l'occasione il presidente nazionale Enpam, Alberto Oliveti che ci ha onorato della sua presenza, con la chiarezza della sua esposizione e dei numeri, che possono prestarsi a interpretazione ma non sono elastici, ci ha dato conferma di alcuni dati rassicuranti sulla realtà previdenziale del medico.
Ha fatto un'analisi della situazione attuale e futura dell'Enpam alla luce dei cambiamenti intervenuti in quest'ultimo periodo.
Così come Franco Andreozzi, dirigente Enpam, ha illustrato come il sistema si rapporti al contribuente e come il contribuente possa accedere ai servizi pensionistici e alla previdenza nelle sue molteplici sfaccettature. I messaggi forniti sono stati estremamente importanti per quanto riguarda l'organizzazione e la fruizione del servizio della Fondazione, che sta cercando di essere sempre più al passo con le esigenze di tutti gli iscritti. Abbiamo avuto l'opportunità di approfondire alcuni aspetti delle ragioni della riforma, della previdenza e delle sue conseguenze.
Claudio Testuzza, radiologo ospedaliero, pubblicista, esperto collaboratore "Il Sole 24 ore", ha parlato de "Il futuro pensionistico della dipendenza: ieri, oggi e domani". In conclusione Luigi Mario Daleffe, responsabile Fondo Sanità, ha illustrato le opportunità de "La previdenza complementare per medici e odontoiatri".
I loro interventi hanno spiegato efficacemente l'assetto previdenziale della Dipendenza, e anche il valore e le prospettive della previdenza complementare con il Fondo Sanità.
Quello che maggiormente è emerso è che la vera sfida oggi è sulle giovani generazioni e su questo penso che anche Alberto Oliveti, tutto il gruppo, tutta la Fondazione, sia molto sensibilizzato.
Per questo l'Enpam è dichiaratamente in prima linea sul problema delle assicurazioni, una questione d'interesse per tutti coloro che lavorano e soprattutto per i giovani, anche perché - lo vado dicendo da tempo e l'ho scritto anche sul quotidiano Sanità - non è assolutamente possibile che i giovani debbano sobbarcarsi balzelli così elevati: praticamente quello che guadagnano lo girano alle Compagnie per pagare i premi assicurativi. E questa, che non è certo una boutade, è una realtà. Un'insostenibile e indecorosa realtà.
Ma queste sono solo alcune delle tante altre situazioni sul tavolo delle problematiche che riguardano la nostra categoria e che si intrecciano colle politiche regionali riguardo le professioni sanitarie.
Insomma il momento è delicato soprattutto per i nostri giovani e anche per questo dovremo iniziare a fare un ragionamento a tutto tondo sul valore della professione del medico e della sua difesa, che non è una difesa soltanto di corporazione, perché il '68 lo abbiamo alle spalle, ma è soprattutto una difesa chiara ed effettiva di quei valori di cui il medico è interprete e custode.
In quest'ottica il patto generazionale su cui si va ragionando è, perciò, la vera forza che oggi deve sottendere a un patto professionale non più dilazionabile.
Alla luce degli importanti argomenti affrontati, abbiamo ritenuto utile riportare, sul presente numero della rivista ordinistica, Parmamedica 1 2017, i contenuti del convegno a beneficio di tutti gli iscritti.

Mattioli 1885 Direttore Generale **Paolo Cioni**

Project Director **Anna Scotti**
Responsabile Area ECM **Simone Agnello**

Sommario

EDITORIALE

La previdenza per il medico: un passaggio per la stabilità della professione
di Pierantonio Muzzetto
p.3

VITA DELL'ORDINE - CONVEGNO ENPAM

Ordine dei medici ed Enpam. Insieme per spiegare luci ed ombre della previdenza
di Pierantonio Muzzetto
p.6

Oliveti: la Fondazione è solida e si regge sul patto generazionale
di Alberto Oliveti
p.8

Testuzza: "Del futuro non c'è certezza!"
di Claudio Testuzza
p.12

Andreozzi: l'Enpam è una democrazia partecipativa
di Franco Andreozzi
p.14

Daleffe: la previdenza va costruita in tempo utile
di Luigi Mario Daleffe
p.17

MEDICINA E ATTUALITÀ

Diritto alla salute tra malessere della sanità e incertezze della democrazia
di Antonio e Manfredi Saginario
p.21

Riflessioni e divagazioni sull'insegnamento della Medicina
di Renato Scandroglio
p.25

VITA DELL'ORDINE

Consiglio dell'Ordine dei Medici di Parma: sintesi dei verbali
a cura dell'Ufficio Stampa Omceo Parma
p.27

I NOSTRI LUTTI
p. 30

MEDI SALUSER
CENTRO MEDICO DIAGNOSTICO

Via Giuseppe Verdi 27/a
43121 Parma (PR)
Tel 0521 234181
0521 200698
Fax 0521 231289
info@medisaluser.com

www.medisaluser.com

Orari
Lunedì - Venerdì dalle 7.30 alle 20.00
Sabato dalle 8.00 alle 13.00

STAFF MEDICO

ALLERGOLOGIA
Dott.ssa Patrizia Barcella
Dott.ssa Grazia Manfredi

ANESTESIOLOGIA
Dott.ssa Elisabetta Spadini

AUDIOMETRIA
Luca Cabrini
Alessandra De Comite

ARITMOLOGIA
Dott. Gaetano Michele Fassini

CARDIOCHIRURGIA
Dott. Samer Kassem
Dott. Giovanni Teruzzi

CARDIOLOGIA
Dott. Luigi Bastoni
Prof. Roberto Bolognesi
Prof. Nicola Carano
Dott. Mario De Blasi
Dott. Angelo Finardi
Dott.ssa Anna Rita Maurizio
Dott. Umberto Taliani
Prof. Marino Tonelli

CHIRURGIA OCULARE*
Prof. Fabrizio Neri*

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA
Dott. Gerardo Gasparini

CHIRURGIA VASCOLARE
Dott. Gioachino Iapichino

DERMATOLOGIA
Dott.ssa Valeria Boccaletti
Dott.ssa Chiara Cortelazzi
Dott.ssa Luisa Gruppi
Dott.ssa Stella Mirizzi

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
(ecografia*, mammografia, radiologia tradizionale, **Risonanza Magnetica Aperta***)
Dott. Pietro Abelli*
Prof. Ermanno Bacchini*
Dott. Michele Brancati*
Dott. Kamal Faraj*
Dott. Pierangelo Maccarini
Dott. Mario Uccelli*

ENDOCRINOLIGA
Prof. Paolo Chiodera
Dott. Emanuele Ciccarone
Dott. Giorgio Stecconi Bortolani

DIABETOLOGIA, DIETETICA ED OBESITÀ
Prof. Leone Arsenio
Prof. Giuseppe Magnati
Dott. Sergio Tardio

FISIATRIA
Dott. Alberto Dardani
Dott.ssa Mariangela Dardani
Dott. Pier Malachia Dardani
Prof. Raffaele Viggiano

GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Dott. Giancarlo Colla
Dott. Corrado Contini
Dott. Pietro Setti*

GENETICA MEDICA
Dott. Lamberto Camurri

LOGOPEDIA
Dott.ssa Elena Iiritano

MEDICINA DEL LAVORO
Dott. Claudio Ferroni

MEDICINA DELLO SPORT
Dott. Luigi Amedeo Bastoni
Dott. Marino Tonelli

MEDICINA INTERNA
Dott. Mario Pini
Prof. Pier Paolo Vescovi

M.O.C.
Dott. Daniele Costi

NEUROCHIRURGIA
Dott. Paris Filippi
Prof. Ciro Miranda

NEUROLOGIA
Prof. Enrico Montanari
Dott.ssa Fernanda Olivieri
Prof. Stefano Passeri
Dott.ssa Maria Cristina Spaggiari

NUTRIZIONE
Dott.ssa Sara Tagliaferri

OCULISTICA
Dott. Ugo Gennari
Dott.ssa Francesca Manzotti
Prof. Fabrizio Neri

ONCOLOGIA
Dott.ssa Beatrice Di Blasio

ORTOPEDIA
Dott. Alessandro Avalle
Dott. Domenico Devoti
Dott. Gennaro Fiorentino
Dott. Guido Grappiolo
Prof. Pietro Marenghi
Dott. Massimo Tonani
Dott. Michele Verdano

OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Dott. Federico Amone
Dott. Lorenzo Barusi
Dott.ssa Laura Bedocchi
Dott.ssa Monica Bertelli
Dott.ssa Eleonora Caforio
Dott. Davide Cavallotti
Prof. Enrico Cavatorta
Dott.ssa Stefania Fieni
Prof. Tullio Ghi
Dott.ssa Graziella Lopopolo
Prof. Mauro Melpignano
Dott.ssa Emanuela Piazza
Dott.ssa Clara Sacchini
Dott.ssa Maria Paola Sgarabotto
Dott.ssa Christine Tita Kaihura
Dott.ssa Simona Valitutto
Prof.ssa Carla Verrotti di Pianella

OTORINOLARINGOIATRIA
Dott. Guido Bacchi
Prof. Fabio Piazza
Dott.ssa Roberta Scandellari
Dott. Giuseppe Triani
Dott. Paolo Vignali

ONDE D'URTO
Dott. Guido Squarcia

PNEUMOLOGIA
Dott. Giancarlo Cacciani

PSICHIATRIA
Dot. Andrea Amerio
Dott.ssa Patrizia Ceroni

PSICOLOGIA
Dott.ssa Gabriella Bosi

REUMATOLOGIA
Dott. Pier Malachia Dardani

SESSUOLOGIA E PSICHIATRIA DI COPPIA
Dott.ssa Adele Tonini

UROLOGIA
Prof. Domenico Potenzoni
Dott. Michele Potenzoni

TERAPIA ANTALGICA
Dott. Michele Incerti

FISIOTERAPIA
Alessandro Zanré
Andrea Zanré

UNITÀ POLISPECIALISTICA PEDIATRICA
MEDI SALUSER

ALLERGOLOGIA
Prof. Giovanni Cavagni

CARDIOLOGIA
Prof. Nicola Carano

CHIRURGIA
Dott. Umberto Beseghi

DERMATOLOGIA
Dott.ssa Valeria Boccaletti

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI ECOGRAFIA
Prof. Ermanno Bacchini

ENDOCRINOLOGIA
Prof. Sergio Bernasconi
Dott.ssa Silvia Cesari

GENETICA MEDICA
Dott.ssa Marzia Pollazzon

LOGOPEDIA
Dott.ssa Elena Iiritano

NEFROLOGIA
Prof.ssa Anita Sonia Ammenti

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
Dott. Carlo Capone
Dott. Giuseppe Gobbi

NUTRIZIONE
Dott.ssa Francesca Delucchi

OCULISTICA
Dott.ssa Francesca Manzotti
Prof. Fabio Neri

ORTOPEDIA
Dott. Giovanni Luigi Di Gennaro
Prof. Antonio Landi

OTORINOLARINGOIATRIA
Prof. Fabio Piazza

PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA
Dott.ssa Valentina Puppi
Dott.ssa Ilaria Sterbizzi

www.unitapolispecialisticapediatrica.com

*Attività in convenzione SSN

MEDI SALUSER DIV. MEDI - *Dott. Pier Malachia Dardani - Specialista in Fisiatria - Specialista in Reumatologa* - Aut. San. 8567 del 16.01.2013 - Accreditati SSN
MEDI SALUSER DIV. SALUSER - *Dott. Daniele Costi - Specialista nelle malattie dell'Apparto Cardiovascolare* - Aut. San. 137999 del 20.08.2012

Ordine dei medici ed Enpam. Insieme per spiegare luci ed ombre della previdenza

La crisi del mondo del lavoro comporta una caduta della stabilità del paese e ancor più non è in grado di sostenere il sistema pensionistico.

di Pierantonio Muzzetto

È una consuetudine quella che ci vede a fianco dell'Enpam sulle questioni previdenziali. Abbiamo quindi pensato di rinnovare questo appuntamento per parlare di un argomento particolarmente importante, perché coinvolge soprattutto i medici della medicina convenzionata e del mondo privato ma anche tutti i medici della dipendenza.
Il discorso previdenziale è un discorso importante e per questo motivo si è pensato, col presidente nazionale Enpam, Alberto Oliveti, di focalizzare l'attenzione sui problemi della professione, dove la previdenza costituisce uno degli aspetti direi più rilevanti.
Quando eravamo giovani medici, e non avevamo allora chiari i problemi previdenziali che apparivano piuttosto lontani, si era in una situazione, per così dire, di sicurezza: si percepiva che il sistema era in stabile e in equilibrio fra contribuenti, e dunque sul quantum versato, e numero sostenibile di pensionati. Va da sé che non era considerata minimamente la possibilità di uno stallo del contributo previdenziale che è stimato essere addirittura inferiore alle necessità per mantenere in piedi il sistema previdenziale. Che, tradotto più semplicemente, non si penava che le pensioni fossero un problema, quale oggi appaiono.
Ci siamo interessati alla previdenza progressivamente nel corso degli anni, di fronte cioè al venir meno di quelle sicurezze che negli anni precedenti erano espresse dalla numerosità e dalla solidità degli introiti dei contribuenti in relazione all'occupazione non sofferente come nei nostri giorni, quando il tasso di disoccupazione giovanile si attesta su percentuali del 40 %, insostenibili quanto preoccupanti per il mondo giovanile e per la società civile.
La crisi del mondo del lavoro comporta una caduta del potere di stabilità del sistema paese e ancor più non è in grado di sostenere il sistema pensionistico, se non viene garantito l'introito di quelle risorse necessarie per pagare le pensioni, secondo il meccanismo che prevede che i giovani paghino col loro "versato" le pensioni dei più anziani, in un sistema mutuato di risorse subentranti derivanti dal lavoro dei contribuenti.
Più ampia è la base dei contribuenti tanto maggiori saranno le risorse a disposizione per mantenere in proiezione i pensionati che peraltro crescono di numero rispetto al numero reale dei contribuenti e soprattutto cresce l'aspettativa di vita dei cittadini con estensione dei tempi di erogazione delle pensioni.
Perciò possiamo dire che oggi la questione previdenziale è un problema tutt'altro che lontano per le giovani generazioni. Sta diventando un momento importante di riflessione della nostra Fondazione, anche perché i giovani oggi diventano un punto nodale del sistema di contribuzione affinché le pensioni si possano perpetuare.
In materia, il problema fondamentale dei medici, soprattutto giovani, si incentra su una caratteristica forse un po' diversa rispetto agli anni passati. Per quanto avessimo anche in passato difficoltà oggettive nell'inserimento nel mondo del lavoro, i nostri giovani oggi stanno vivendo anni di vera crisi occupazionale. Trovandoci di fronte ad un fenomeno per certo verso inimmaginabile: la sottoccupazione medica che si trasforma in una disoccupazione preoccupante.
Una situazione non considerata dal mondo politico statale e regionale, con ricorso in sanità al task shifting, con coinvolgimento di altre figure a surroga del medico, con ovvie ripercussioni in ambito di gestione della salute.
Che i nostri giovani siano preoccupati e sconfortati di fronte ad un futuro incerto lo posso affermare con certezza.
L'Ordine dei medici infatti raccoglie costantemente le preoccupazioni vere dei giovani colleghi, non ultime quelle espostemi da una delegazione della scuola di Medicina Generale, il corso per l'idoneità appunto in Medicina Generale, o degli specializzandi: questi hanno esternato un disagio profondo ma uno scoraggiamento che stanno alla base di un sentimento di impotenza che sta progressivamente portando ad un'evidente carenza vocazionale. E il perché è implicito e non può lasciarci indifferenti. Non può rimanere indifferente la Professione né tantomeno la Fondazione previdenziale.

Di certo uno dei problemi fondamentali oggi è l'emigrazione intellettuale. I nostri giovani, che sono stati formati con un investimento della collettività, in molti emigrano all'estero perché qui non c'è lavoro. E si perdono valenze e competenze che, a dispetto delle sempre frequenti quanto non sempre valide critiche sul sistema formativo, ci sono invidiati dagli altri Paesi non solo europei e, una volta entrati nel meccanismo del lavoro in altre nazioni molto spesso vengono colà trattenuti riconoscendone la validità. E, sebbene poco gentile dirlo, l'utilità. Un concetto quello della capacità irriconosciuta, nel nome del *nemo profeta in patria*, che deve far rifletter non solo in merito alla Previdenza e ai risvolti previdenziali dovuti alla diminuzione del mondo contributivo.
Importante ed inevitabile risvolto, non solo nella Previdenza, è l'impatto che ha la sottoccupazione o la disoccupazione medica nel nostro paese. Una disoccupazione che suona come sconfitta della società civile, di una società incapace di riconoscere i valori e la qualità in ambito medico e sanitario. Dimentichi come si è che la "salute, insieme a istruzione, sicurezza e giustizia, segnano il grado di civiltà di un paese".
Se si trattasse di un'equazione semplice, la considerazione conseguente sarebbe certo di essere in una società non civile, o meglio, poco civile, in decadenza.
Una condizione indecorosa che non può consentire che passi inosservata la consuetudine che vuole che molti dei nostri medici siano anche sottopagati o addirittura abbiano stipendi davvero indecorosi.

Accanto a questa problematica sussiste, in parallelo, un'altra importante criticità: la questione assicurativa. Uno dei punti su cui abbiamo ragionato col Presidente Oliveti, che certamente ha a cuore e che ha tentato, e sta tentando, di risolvere. Purtroppo la nostra categoria ha su di sé una spada di Damocle: la legge sulla responsabilità che crea una serie di problemi anche da un punto di vista assicurativo. Perché se da un lato abbiamo obbligatorietà all'essere assicurati per i medici, dall'altro manca dal punto di vista legislativo (mentre per il medico pubblico esiste) l'obbligo per le Compagnie Assicurative ad assicurare.
Ecco perché le assicurazioni oggi disdettano facilmente i contratti e le polizze, e non riassicurano, o qualora alcune lo facciano chiedono premi sempre più elevati: questo significa che se le cose non cambiano il medico che ha l'obbligo per legge di essere assicurato presto o tardi non potrà più esercitare se non assicurato.
Un vulnus su cui serve l'impegno di tutti perché si arrivi a una consapevolezza del paradosso, soprattutto da parte dei governanti, al fine di attuare quei correttivi indispensabili a dare tranquillità e sicurezza a chi lavora.
Ecco i buoni motivi, che non sono strettamente previdenziali ma che con la previdenza hanno strette correlazioni, per cui abbiamo ritenuto d'organizzare un incontro con l'amico Alberto Oliveti e i suoi collaboratori, che fin d'ora ringrazio, al fine di capire lo stato dell'arte delle diverse problematiche ma anche delle opportunità che riguardano il mondo previdenziale.

Oliveti: la Fondazione è solida e si regge sul patto generazionale

In Presidente dell'Ente è intervenuto sul tema "L'Enpam: attualità e futuro alla luce del cambiamento"

di Alberto Oliveti, Presidente Enpam

Previdenza, assistenza sicurezza

La Fondazione oggi è solida, sostenibile, solidale. È un ente sicuro, come dimostrano numeri e fatti, nonostante i problemi che investono tutto il mondo, non solo quello della professione medica. Quando ho assunto la presidenza della Fondazione nel 2012 il patrimonio era di 10 miliardi, oggi, secondo gli ultimi dati del 2016, siamo a 19 miliardi. La sicurezza però non è un'acquisizione definitiva: è una conquista che va mantenuta; come un fuoco che va continuamente alimentato perché rimanga acceso. L'impegno della Fondazione in questa consiliatura è di garantire l'equità intergenerazionale, perché è in questo patto che tutela vecchi e giovani che si declina il concetto di sicurezza.

Che cos'è la Fondazione Enpam

L'Enpam è la cassa di previdenza e di assistenza a cui sono per legge iscritti tutti i medici e gli odontoiatri italiani dal momento della loro iscrizione all'Ordine. È una Fondazione senza scopo di lucro con personalità giuridica di diritto privato. Gestisce la previdenza obbligatoria di tutti coloro che hanno un reddito da lavoro autonomo. La Fondazione è quindi l'ente pensionistico primario dei medici di famiglia, i liberi professionisti e gli specialisti ambulatoriali. I medici e gli odontoiatri, invece, che lavorano come dipendenti (per esempio degli ospedali, delle case di cura private, delle Asl) hanno come cassa di previdenza principale l'Inps (ed ex Inpdap). A questi l'Enpam assicura comunque una pensione di base e l'assistenza.

I Fondi

La Quota A del Fondo di previdenza generale è la gestione a cui sono iscritti tutti medici e gli odontoiatri in virtù della loro iscrizione all'Albo. La contribuzione prescinde però dalla circostanza che ci sia un effettivo esercizio della professione. Si paga cioè una quota uguale per tutti, che è differenziata solo per fasce di età e che però è equivalente a un reddito da libera professione.

Questa quota, oltre ad assicurare le prestazioni previdenziali, è quella che consente l'erogazione dell'assistenza. Chi produce un reddito da libera professione che supera la fascia assoggettata alla contribuzione di Quota A versa i contributi alla gestione di Quota B. Quota A e Quota B sono le due gestioni del Fondo di previdenza generale, il fondo della libera professione esercitata attraverso un rapporto diretto medico-paziente.

Poi c'è il reddito da lavoro autonomo che si produce con il lavoro che chiamiamo parasubordinato e che è quello della medicina convenzionata e accreditata in cui la prestazione professionale è mediata dal "terzo pagante", il Servizio sanitario nazionale. Le gestioni previdenziali sono tre: quella dell'assistenza primaria con la medicina generale e i pediatri di libera scelta, quella della specialistica ambulatoriale, e infine quella degli specialisti esterni che lavorano in accreditamento con il Ssn.

Il patto generazionale

La previdenza dell'Enpam si basa su un patto generazionale: chi lavora mantiene chi ha lavorato. I contributi degli attivi servono a pagare le pensioni e ad alimentare il patrimonio posto a garanzia per le pensioni future. Il vero albero motore

del sistema previdenziale è la catena generazionale, un patto tra le generazioni, che non va toccato perché basta che non funzioni solo uno di questi ingranaggi che il sistema collassa.

Le regole della sostenibilità

I parametri che Enpam deve seguire per garantire la sostenibilità e l'equilibrio del sistema pensionistico sono disciplinati dalla legge. Il decreto 509 del 1994, con il quale si è sancita la privatizzazione, stabiliva l'obbligo per le Casse di costituire in ogni bilancio consuntivo annuale una riserva legala di cinque anni. Questo significa che per ogni annualità di pensioni pagate, la Cassa deve avere sempre da parte almeno cinque volte tanto. Oggi l'Enpam ha 13 volte tanto quello che paga ogni anno. Vuol dire che se per caso, per una straordinaria congiuntura, non entrasse più un solo euro come contributi o come proventi dagli investimenti di questo patrimonio la Cassa avrebbe soldi sufficienti per versare per 13 anni quello che ha pagato l'ultimo anno. Una garanzia che il sistema pubblico non è in grado di dare, nemmeno calcolandola a mesi, perché ogni stipendio pagato dall'Inps oggi è pagato per un terzo con la fiscalità generale.

L'altra regola di garanzia del sistema, stabilita dal decreto 509, era di assicurare 15 anni di patrimonio positivo al bilancio tecnico triennale: cioè che ci fosse sempre una distanza di 15 anni dall'azzeramento del patrimonio messo da parte. Il bilancio tecnico si basa sulla matematica attuariale, che calcola la tenuta del sistema in un dato momento. Secondo il decreto 509, il sistema doveva avere 15 anni di patrimonio positivo in qualsiasi anno preso in esame – anche se il calcolo si fa ogni tre anni sui bilanci attuariali – e avere sempre 15 anni di distanza dal fallimento, dall'azzeramento del patrimonio. Immaginiamoci i raggi dei fari della macchina: la loro portata deve sempre coprire una certa distanza. Ebbene, quando il patrimonio è completamente eroso, quello è il punto in cui arrivano i fari, cioè i 15 anni di garanzia.

Successivamente la legge ha cambiato i parametri: l'orizzonte temporale, il raggio dei fari, da 15 anni è passato a 30 (Finanziaria del 2007), e l'indicatore di sostenibilità non era più l'azzeramento del patrimonio ma la negativizzazione del rapporto entrate-uscite. Come se un padre di famiglia diventa insolvente nel momento in cui, nelle tasche, entra meno di quello che spende senza poter toccare quello che ha già messo da parte in banca. Peggio ancora, con il decreto Salva Italia, gli anni passano da 30 a 50, e l'indicatore non è più legato al rapporto entrate-uscite, ma al saldo previdenziale: le entrate per contributi e le uscite per prestazioni, senza considerare nemmeno i proventi del patrimonio, e cioè, nella metafora del padre di famiglia, gli interessi bancari. È come se una famiglia si può considerare fallita non quando azzera il suo patrimonio o quando lo stipendio non è più sufficiente e si negativizzano anche gli interessi del patrimonio. Una famiglia fallisce quando i soldi che entrano con lo stipendio per la prima volta sono negativi rispetto a quanto consuma.

La stagione delle riforme

Le nuove regole della sostenibilità, imposte dal decreto Salva Italia del 2011, hanno improvvisamente messo l'Enpam di fronte a uno squilibrio economico-finanziario con il rischio del commissariamento. Siamo dunque intervenuti lavorando sulle prestazioni istituzionali con le tre grandi riforme della previdenza, della governance del patrimonio e della rappresentatività.

Abbiamo fatto una riforma delle pensioni in autonomia, con l'obiettivo di mantenere il sistema solidale ed equo fra generazioni quanto più possibile, e adeguato nelle prestazioni. Abbiamo cambiato le modalità di investimento del patrimonio per dare maggiore semplicità, trasparenza e protezione all'investimento riducendo soprattutto la discrezionalità. Abbiamo messo la previdenza al centro: sono cioè i tempi della previdenza che dettano l'investimento e non il contrario, per fare un esempio banale, è inutile avere risorse da parte quando non servono. Inutile e pericoloso avere investito dei soldi quando invece serve liquidità perché poi smobilizzarli significa costi da pagare. La correttezza della durata rispetto all'esigenza della previdenza è, quindi, fondamentale. Si chiama Asset liability management.

Diversifichiamo gli investimenti sulla base delle migliori pratiche internazionali. Abbiamo selezionato sia chi ci consiglia sugli investimenti sia chi invece valuta il rischio assunto con gare a evidenza pubblica europea.

Abbiamo adottato un manuale delle procedure, ci siamo dotati di un Comitato interno di controllo presieduto da un magistrato della Corte dei Conti in attività. Attualmente è il presidente delle sezioni riunite di controllo della Corte dei conti che ci presiede.

Abbiamo adottato una procedura sulla trasparenza, senza attendere le sollecitazioni da parte dei ministeri vigilanti analoga a quella in uso per i magistrati della Corte dei conti, organo pubblico deputato a valutare la Fondazione. Ci siamo inoltre dotati di un codice etico al quale vincoliamo gli amministratori, i dipendenti e i fornitori. Insomma, da questo punto di vista abbiamo definito il percorso della trasparenza, adottando procedure che sono controllate, costantemente verificate e riferite alle migliori pratiche.

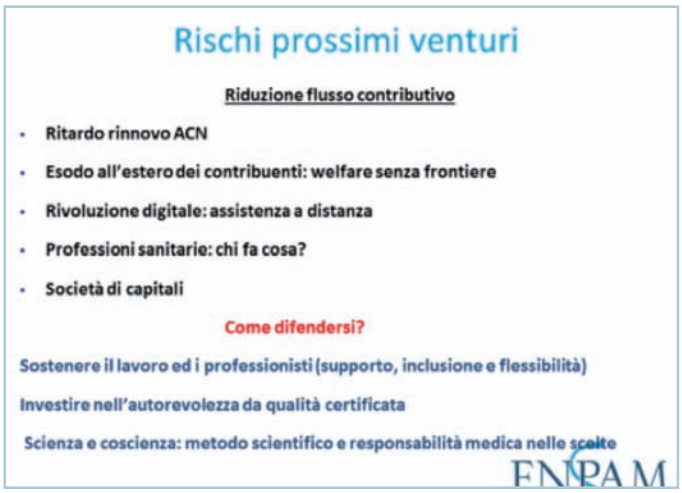
Riforma della rappresentatività

La terza grande riforma, che abbiamo fatto nella precedente consiliatura, è stata quella dello Statuto. Le modifiche introdotte hanno reso più efficienti gli organismi: abbiamo aumentato la partecipazione alle scelte decisionali dei rappresentanti dei contribuenti della Fondazione nel corretto equilibrio tra costi e numerosità. Abbiamo un'assemblea più ampia, ma nello stesso tempo una gestione più snella, perché abbiamo ridotto i componenti del Consiglio di amministrazione e abolito il Comitato le cui mansioni sono state assorbite dal Consiglio di amministrazione. Naturalmente abbiamo fatto anche la distinzione tra iscritti attivi e i percettori di trattamenti pensionistici e assistenziali, perché riteniamo che siano gli attivi a fare la previdenza. E soprattutto abbiamo incluso negli obiettivi istituzionali della Fondazione, elevandola a norma statutaria, l'assistenza strategica.

Accanto alle prestazioni dell'assistenza tradizionale – che la Fondazione continua a erogare con i sussidi per indigenza, per gli orfani degli iscritti, per i danni subiti per calamità naturali, per l'assistenza domiciliare, per la malattia – l'Enpam si è data come obiettivo statutario quello di sostenere gli iscritti

durante la vita lavorativa nelle esigenze professionali e familiari.
Le iniziative dell'assistenza strategica riassunte nel progetto Quadrifoglio vanno dalla copertura dei rischi professionali, a quella dei rischi biometrici, infortunio, malattia, non autosufficienza, e le possibili discontinuità della professione. Il lavoro, infatti, sta diventando molto frammentato: pensiamo, per esempio, al fatto che oggi la professione è esercitata sempre di più da colleghe ed è evidente che la discontinuità può essere un grosso problema per garantire loro la copertura previdenziale corretta.

Il patto che tutela vecchi e giovani
In un momento come questo di grande cambiamento – in cui i rischi economici e demografici si intersecano con le criticità specifiche della professione che sta cambiando anche sotto la spinta dell'evoluzione tecnologica - dobbiamo sostenere il lavoro e promuovere l'attività professionale, perché è dal flusso contributivo che deriva la sostenibilità delle pensioni nel lungo periodo. Il nostro impegno sarà quindi di investire una quota parte del patrimonio anche sul lavoro proprio per garantire l'equità tra generazioni.
L'obiettivo che ci siamo dati, infatti, è di mantenere costante il flusso dei contributi, perché dopo aver messo in sicurezza le pensioni e gli investimenti, dopo aver ridefinito la rappresentatività, il grosso del problema resta il lavoro.



Investimenti sul lavoro e sulla qualità della formazione
Quali investimenti possiamo fare per sostenere la nostra professione? Residenzialità assistita, domiciliarità sul territorio, biotecnologie, ricerca medica e scientifica. Si tratta di investimenti che non danno rendimento nel breve e medio termine. Stiamo prestando grande attenzione alla capacità di brevettare le scoperte, perché in Italia abbiamo problemi nella trasformazione tecnologica e ci stiamo muovendo con il Governo per ridurre i tempi di brevettabilità e rendere così la nostra ricerca più competitiva. Stiamo investendo nei corretti stili di vita: faremo il progetto Fico, Fabbrica italiana contadina, per promuovere l'alimentazione sana nella filiera agroalimentare italiana.
Si tratta di un progetto nazionale che faremo con la componente commerciale di Eataly, che verrà presentato a New York e in Argentina, perché vogliamo lanciare la grande fiera della biodiversità agroalimentare italiana. Siamo convinti che affiancare alla componente commerciale quella culturale della prevenzione, della diffusione dei corretti stili di vita, della promozione della salute sia un'operazione che permetta guadagni etici nell'interesse di tutta la collettività che noi rappresentiamo.

La libera professione motore di sviluppo del Paese
Nell'ambito degli oltre 5 milioni di occupati indipendenti censiti dall'Istat, le Casse di previdenza privatizzate tutelano circa 1 milione e 500mila iscritti. È il comparto dei professionisti iscritti agli Ordini, che produce il 10 per cento del Pil nazionale. Gli enti privatizzati rappresentano le esigenze di previdenza e di assistenza della componente più qualificata del Paese. Uno degli obiettivi dell'Adepp, l'Associazione che dal 1996 riunisce 19 Casse, è quella di fare sinergia con investimenti mirati nei bacini di riferimento delle varie professioni, perché siamo convinti che giocando insieme la partita possiamo essere il vero motore di sviluppo del Paese. Una possibilità ben compresa dall'Europa, che ci ha equiparato alle piccole e medie imprese, ma che l'Italia fa ancora fatica a recepire appieno. L'equiparazione ci ha aperto l'accesso ai finanziamenti strutturali messi a disposizione sia dall'Europa che dalle Regioni. Come Adepp ci stiamo impegnando per ampliare sempre di più l'offerta dei fondi ai liberi professionisti e facilitarne la richiesta.

Professione certificata e Ordini
Le iniziative a sostegno della professione non possono prescindere dal ruolo che hanno gli Ordini come garanti della qualità dell'esercizio professionale. È necessario investire sempre di più nella sicurezza della qualità certificata e percepita che deve emergere come obiettivo prioritario anche rispetto ai compiti sanzionatori. Se infatti viene meno la percezione della professionalità la certificazione rischia di rimanere un mero documento nel cassetto.
Scienza e coscienza, sono i componenti essenziali perché ci sia autonomia e responsabilità delle scelte mediche, così come lo sono l'idrogeno e l'ossigeno per l'acqua. Se c'è autonomia c'è responsabilità, ma si può essere responsabili solo se si è autonomi.

Assistenza primaria e programmazione

L'assistenza primaria oggi è fatta in Italia da 44mila medici di famiglia e 16mila medici di continuità assistenziale. Nel primo grande gruppo ci sono 5mila medici che fanno un po' di continuità assistenziale e un po' di assistenza primaria; nell'altro ce ne sono 3500 che non sono titolari di incarico. Questa è la fotografia della presenza sul territorio che oggi è ritenuto fondamentale affinché un sistema sanitario funzioni. Si dice infatti che solo i sistemi che hanno una buona area delle cure primarie sono quelli che reggono alla logica della solidarietà sostenibile, l'universalismo, per intenderci.

Dai dati Enpam sappiamo che nel giro di quindici anni 40mila medici di assistenza arriveranno all'età massima per chiedere la pensione (70 anni). Il picco ci sarà tra gli anni 2022 e 2025. Questo significa che ogni anno ne usciranno più di 3mila. Se l'area dell'assistenza primaria deve essere uno snodo fondamentale affinché l'ospedale e la medicina pubblica funzioni, possiamo davvero accettare che questo patto generazionale venga riassorbito con 800 borse di studio all'anno, in previsione di un'uscita di 3mila professionisti? Questa è una domanda fondamentale, perché se non investiamo in questo ricambio l'anello del patto generazionale verrà messo a dura prova.

C'è bisogno di un intervento strutturale da parte del Governo che deve fare programmazione sul territorio e pianificare bene l'area dell'assistenza primaria. È necessario cioè aumentare il numero delle borse di studio per la formazione in medicina generale rispetto al numero di quelle di specializzazione che per di più costano il doppio. Se si continua con l'attuale tendenza di 3mila specializzati all'anno e 800 borse di formazione in medicina generale, il servizio sanitario nazionale andrà a picco, con la prospettiva di un servizio che verrà sempre più integrato e poi probabilmente sostituito dal mondo assicurativo. È a rischio l'universalismo delle cure, tant'è che si parla di universalismo selettivo.

La soluzione è agire sulla programmazione, sulle Università che dovranno continuare a far uscire specialisti, ma con estrema attenzione al territorio. Altrimenti corriamo il rischio che poi sul territorio ci siano figure diverse dai medici.

Staffetta generazionale

Con un altro scopo ma nell'ottica di un gioco di squadra, l'anticipo di prestazione previdenziale (App) proposto dall'Enpam, significa cercare di collegare flessibilità in uscita e in entrata con uno strumento temporaneo che potrà servire a contenere gli effetti della grande gobba. L'App consentirà di portare dentro quei colleghi che altrimenti rimarrebbero fuori dalla professione del territorio perché i posti sono occupati da medici vicini alla pensione ma ancora pienamente in attività.

Il valore dell'autonomia

L'esperienza della privatizzazione realizzata ormai nel 1994 si è rivelata senz'altro positiva per tutti gli enti previdenziali dei liberi professionisti. In questi anni le Casse hanno aumentato il loro patrimonio, mettendolo a valore, e al contempo hanno aumentato le prestazioni nei confronti dei propri iscritti pagando ormai da anni circa 500 milioni l'anno di prestazioni ulteriori.

Tutto questo è avvenuto mentre le Casse sopportano due processi che ne ostacolano l'attività. Da un lato la riduzione dell'autonomia con l'introduzione di numerose norme e vincoli organizzativi e finanziari sempre più stringenti; dall'altro lato con l'incremento crescente della tassazione sui rendimenti che ha raggiunto il livello record del 26 per cento, maggiore di quello previsto per i fondi pensione di secondo pilastro, notoriamente protetti dai sindacati e dalla politica.

Altro obiettivo primario di questa consiliatura è dunque quello di ridefinire il perimetro dell'autonomia delle casse previdenziali, chiedendo al Governo un "tagliando di controllo" alla legge di privatizzazione, e di ridurre il pesante carico fiscale a vantaggio delle prestazioni degli iscritti.

È salita infatti a 141 milioni di euro la spesa sostenuta da Enpam per le imposte dovute allo Stato (fonte: Bilancio consuntivo 2015).

Testuzza: "Del futuro non c'è certezza!"

L'esperto, collaboratore "Il Sole 24 ore", ha parlato de "Il futuro pensionistico della dipendenza: ieri, oggi e domani".

di Claudio Testuzza, radiologo ospedaliero, pubblicista

Ventidue mesi in più di lavoro per le donne impiegate nel settore privato per raggiungere la sospirata pensione di vecchiaia. Ma anche quattro mesi in più per tutti, in considerazione all'adeguamento alla speranza di vita. Le donne, del settore privato, fino a qualche anno fa avevano il diritto a uscire a 60 anni, aspettando altri 12-18 mesi per il cosiddetto meccanismo delle finestre. La parificazione per le dipendenti pubbliche, invece, era già avvenuta in modo brusco a seguito di una sentenza europea. Successivamente per le private è stato invece fissato un percorso un po' più graduale di avvicinamento ai 66 anni di fatto degli uomini. Il prossimo e penultimo scatto è previsto nel 2019, quando l'età per la vecchiaia salirà a 66 e 7 mesi, oggi già richiesta per i dipendenti del settore pubblico sia uomini che donne, mentre la parità dovrebbe essere raggiunta nel 2021 a quota 67 anni e 2 mesi. L'incremento riguarda anche il requisito contributivo per la pensione anticipata, che può essere conseguita indipendentemente dall'età e senza le penalizzazioni per chi dovesse andare prima dei 62 anni fino a tutto il 2016. Per gli uomini serviranno, nel 2016/17, 42 anni e 10 mesi di contributi (erano 42 e sei mesi nel 2015), e per le donne 41 e 10 mesi (erano 41 e sei mesi sino a tutto il 2015).

Ma c'è ancora dell'altro. Si tratta dei così detti coefficienti di trasformazione, il meccanismo che collega le regole previdenziali all'aumento della durata della vita che, pertanto, si applica non solo al quando, ma anche al quanto della pensione. Questi valori servono a determinare la pensione contributiva in base all'età in cui viene conseguita. Sostanzialmente indicano per quanti anni l'assegno sarà percepito e "spalmano" di conseguenza il montante (i contributi versati) maturato. La variazione del 2016 determina un'ulteriore riduzione degli importi rispetto a quelli di chi è andato in pensione nel 2015. La riduzione sistematica dei coefficienti di calcolo del sistema contributivo è una realtà costantemente negativa se si considera che tra il 2009 e il 2016 l'importo calcolato col contributivo, prendendo a riferimento l'età di uscita i 65 anni, è diminuito di ben il 13 per cento!

Mentre si è ancora in attesa di sapere come si realizzerà concretamente, nella prossima legge di stabilità, la promessa modifica alla legge Fornero, proposta dal Governo ed identificata con l'acronimo Ape (l'anticipo pensionistico), si tratta su dei possibili interventi di flessibilità delle norme già in vigore.

Sono state indicate alcune modalità e agevolazioni quali le ricongiunzioni gratuite anche per andare in pensione anticipata; il riconoscimento di un bonus contributivo o anticipo per i lavoratori "precoci"; la cancellazione delle "finestre" e degli altri vincoli normativi che ostacolano l'accesso al pensionamento anticipato ai lavoratori usuranti.

Dovrebbe valere due miliardi l'anno per i prossimi tre anni l'operazione di cambiamento. Ma, ricordiamo, che nel pacchetto sociale faranno parte anche i fondi per il rinnovo dei contratti per il pubblico impiego (circa 700 milioni), quelli per detassare il salario di produttività e il welfare aziendale (altri 600 milioni) ed anche le risorse del Fondo Povertà (500 milioni).

Le possibili novità

APE :

L'anticipo pensionistico consisterebbe nel poter attivare l'uscita anticipata agli " over" 63

Dal 2017 il meccanismo potrà essere utilizzato dalle persone nate tra il 1951 ed il 1953.

Per chi dovesse scegliere di lasciare il lavoro in anticipo è previsto un prestito bancario che servirà a pagare gli assegni nel periodo che precede il normale raggiungimento anagrafico della pensione di vecchiaia.

Il prestito verrà rimborsato dall'interessato nei 20 anni di pensionamento successivo.

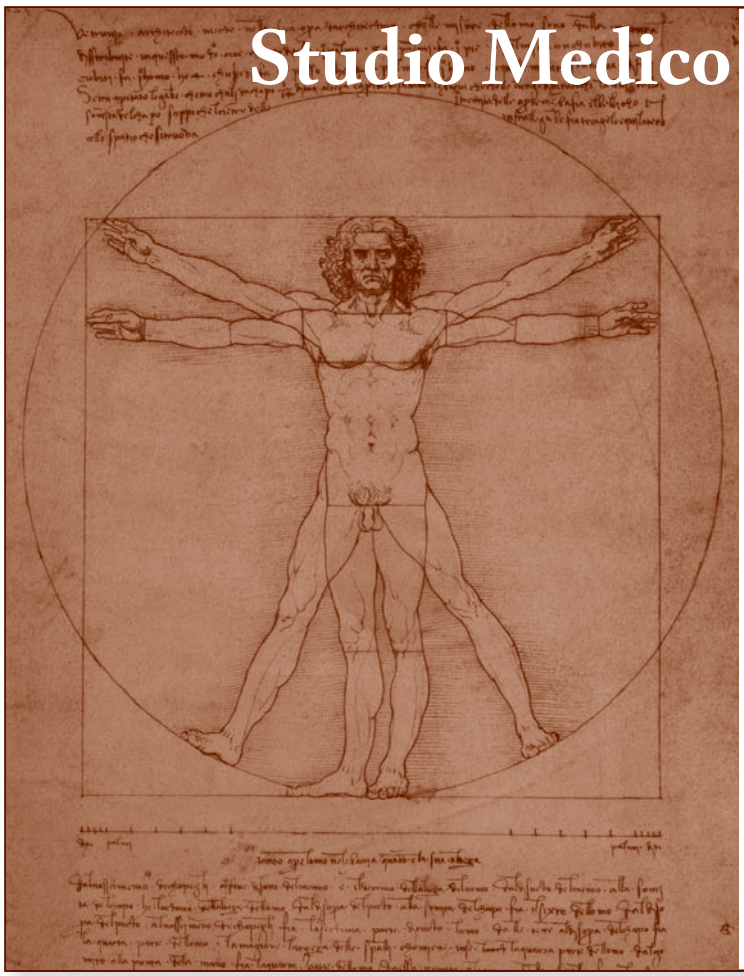
PRECOCI :

La deroga eliminerebbe l' accrescimento della contribuzione necessaria, legata anche alla speranza di vita, permettendo di andare in pensione anticipata con 41 anni di contribuzione se hanno iniziato a lavorare prima dei 19anni d'età ma siano disoccupati, soggetti inabili e lavoratori in attività gravose.

RICONGIUNZIONI :

L' iniziativa governativa punterebbe sulla gratuità della ricongiunzione da utilizzare sia per il trattamento di vecchiaia sia per quello anticipato.
La liquidazione sarà pagata quando si raggiungeranno i requisiti senza cumulo !!!

Non resta molto per la previdenza. Infatti così come in natura, anche in previdenza nulla si crea e nulla si distrugge, ma tutto si può trasformare. Almeno a parole.
Per l'Ape si può prevedere che l'anticipo previdenziale, che dovrebbe permettere a chi compie 63 anni di lasciare il lavoro con un anticipo sino a tre anni e sette mesi, consisterà in un prestito pensionistico. Prestito che viene indicato significativamente oneroso (6/7 per cento per ogni anno anticipato) e conseguentemente costrittivo di una riduzione dell'importo in godimento per almeno venti anni.
Ma anche per le anticipazioni la soluzione proposta dal Governo, a cui i sindacati confederali non hanno minimamente replicato, è una vera e propria "furbata". Avendo previsto l'asticella per l'uscita anticipata a 41 anni di contributi e che essa potrà riguardare solamente quelli che hanno iniziato prima dei 19 anni, è stata, di fatto, ripristinata la "Quota 60" (41 più 19) delle precedenti riforme che consentiva il pensionamento d'anzianità solamente con almeno sessanta anni d'età. Ricordiamo che l'attuale pensione anticipata pur richiedendo 41 anni e 10 mesi per le donne e 42 anni e dieci mesi per gli uomini non prevede nessun limite d'età. Ma non basta. Per rientrare in questa ipotetica agevolazione bisogna essere, disoccupati (!), o persone in condizioni di salute che determinano disabilità ovvero occupati in attività ritenute particolarmente gravose. Dimenticando che vi è, già prevista, tutta una legislazione previdenziale per costoro. Forse si è preferito attivare una vera e propria guerra fra categorie che sarà combattuta, a breve, per chi debba rientrare o meno fra i destinatari della norma di agevolazione.
Per quanto attiene la possibilità di ricongiunzione gratuita dei contributi versati in previdenze diverse sarà necessario attendere la corretta definizione della norma, per non trovarsi difronte al semplice cumulo fra gestioni esistenti all'interno dell'Inps e non per le effettive ricongiunzioni fra enti, come è il caso della ricongiunzione Inpdap-Inps.
Infine, nulla è stato, poi, detto, ed è estremamente grave per le aspettative di molte lavoratrici, in merito alla possibili prosecuzione dell'opzione donna, che, ricordiamo, scade quest'anno e che permetteva di andare in pensione con 57 anni d'età e 35 anni di contribuzione ancorché con il trattamento pensionistico calcolato integralmente con il sistema di calcolo contributivo di gran lunga inferiore al previsto sistema di calcolo retributivo
Per le pensioni: "*del futuro non c'è certezza*"!!!



Studio Medico di Scienza dell'Alimentazione

Via Rasori, 5 - Parma

Dott. Federico Cioni

Specialista in:
- Scienza dell'Alimentazione
- Medicina Interna

Tel. 0521.294723
Cell. 335.7623853

E-mail: info@dottfedericocioni.it
Web: www.dottfedericocioni.it

Andreozzi: l'Enpam è una democrazia partecipativa

L'esperto è intervenuto su "Le ragioni della riforma della previdenza e sue conseguenze"

di Franco Andreozzi, responsabile Enpam del Rapporto con gli iscritti e con gli OO.MM

Voglio solamente darvi una testimonianza, volta a corroborare l'esaustiva relazione del Presidente Oliveti. Voglio darvi testimonianza di come, nell'attività quotidiana, si declina questo esempio di democrazia partecipativa che è l'Enpam, un Ente fatto di medici, gestito da medici, che è diventato modello, attraverso l'utilizzo delle migliori pratiche, anche per l'Adepp.

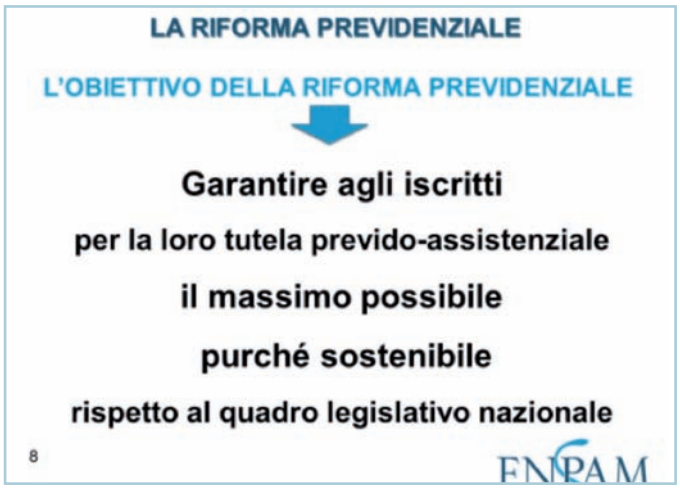
In questo senso, per recepire le istanze di medici ed odontoiatri, la nostra cinghia di trasmissione territoriale nei confronti della categoria si concretizza principalmente attraverso gli Ordini provinciali. A tal fine, abbiamo istituito uno specifico Ufficio che ha contatti in esclusiva e per via telefonica con le strutture ordinistiche: considerate i numeri, solamente nei primi 8 mesi del 2016, abbiamo ricevuto circa 30mila richieste di consulenza da parte degli OO.MM..

È stato poi attivato, al momento da 32 Ordini partecipanti all'iniziativa, un servizio di video conferenza previdenziale ed oggi abbiamo portato anche a Parma, in occasione di questo importante incontro, le necessarie strumentazioni, utili al collegamento. La video consulenza previdenziale è un progetto partito sperimentalmente nel 2015, quest'anno è stato ulteriormente migliorato nella fruibilità, raddoppiando le sessioni sia in orario antimeridiano che pomeridiano.

Ogni iscritto, quindi, può andare al suo Ordine e prenotare, attraverso un apposito calendario, un appuntamento con i funzionari dell'Enpam, dalle 10,30 alle 12,30 e dalle ore 14,30 alle 16,30, per avere una consulenza diretta sulla sua posizione previdenziale. Si realizza in questo modo un utile servizio, alla stregua di quanto già accade con le nostra postazione informativa itinerante, oggi attiva a Parma, che esaustivamente informa sui nuovi parametri pensionistici, così da coniugare le aspettative previdenziali di ciascuno rispetto al proprio orizzonte professionale.

Ulteriormente per coadiuvare la categoria in consapevoli scelte, grazie all'attività del Servizio di Accoglienza dell'Ente, per via telefonica e scritta, piuttosto che presso l'Ufficio relazioni del pubblico ovvero attraverso i servizi on-line, abbiamo riscontrato migliaia di contatti informativi. In questo senso, al di là dell'intermediazione ordinistica, nel rapporto duale con gli iscritti abbiamo gestito nel corso del 2016 oltre 170mila contatti telefonici, ricevuto più di 40mila e-mail, incontrato nella sede di Roma circa 7mila iscritti.

Richiamando poi le parole del Presidente Oliveti nel suo incipit, a seguito delle disposizioni recate dalla Riforma del



sistema previdenziale italiano, l'obiettivo dell'Enpam per la tutela degli interessi previdio-assistenziali degli iscritti ha cercato di rispondere ad un assioma: il massimo possibile purché sostenibile, rispetto al quadro legislativo nazionale.

In tema abbiamo difeso le peculiarità Enpam, pur nella comprensione delle iniziative assunte dal governo con la Monti-Fornero, volta alla sostenibilità della previdenza pubblica del Paese Italia, contestando però l'orizzontale linearità degli interventi che non tenevano conto delle specificità del nostro Ente.

La Fondazione, perciò, si è battuta per difendere la sua autonomia, riuscendo a mantenere, in primis, il suo sistema di calcolo, cosiddetto contributivo diretto a valorizzazione immediata, che consente quindi una immediata valorizzazione dei versamenti in entrata ed una adeguata redditività dei medesimi, con un più che soddisfacente rendimento a termine della contribuzione rispetto ad investimenti di natura assicurativa o finanziaria.

Conseguentemente, si è agito su due parametri: la modifica delle aliquote di versamento, incrementate tempo per tempo, nonché il graduale incremento dell'età di pensione, sia anticipata che di vecchiaia. Ed inoltre, siamo riusciti a mantenere la peculiarità dei nostri riscatti ai fini previdenziali, oltre a quello degli studi universitari si pensi, ad esempio, al riscatto del periodo pre-contributivo, particolarmente utile per gli odontoiatri puri che hanno potuto dare un valore previdenziale ai loro compensi di natura libero-professionale non prima del 1995, a seguito della riforma ordinistica.

Piuttosto che al riscatto di allineamento contributivo, sia per i liberi-professionisti sia per i convenzionati, atto per l'appunto ad allineare, ai versamenti più alti effettuati nel corso della professione, tutta o una parte della contribuzione riferita all'intera attività lavorativa. Orbene, a fronte della presentazione di una qualsivoglia domanda di riscatto, che non pone alcun aprioristico vincolo di accettazione, l'iter si sostanzia in una proposta che comporta la possibilità di preliminarmente conoscere e valutare il costo-convenienza dell'operazione, nonché il relativo piano di ammortamento rateale, nella consapevolezza dell'intera deducibilità dei relativi versamenti.

In Enpam, peraltro, l'istituto può essere anche parzializzato, limitando il numero degli anni da riscattare, diminuendo così il relativo onere; può essere definitivamente interrotto in corso d'opera, beneficiando sulla pensione dell'incremento riferito a quanto già pagato; può essere anche sospeso e successivamente ripreso, entro 2 anni dal versamento dell'ultima rata.

Da non dimenticare, infine, la possibilità di versare acconti, mentre si è in attesa di ricevere la proposta di riscatto; come peraltro la possibilità di effettuare versamenti aggiuntivi, quando si è già accettato il riscatto e si è già in fase di pagamento. In una parola, estrema flessibilità anche in termini fiscali.

POLIAMBULATORIO
DALLA ROSA PRATI
Centro Diagnostico Europeo

Poliambulatorio Dalla Rosa Prati
Centro Diagnostico Europeo
Via Emilia Ovest, 12
43126 Parma
Tel. +39 0521 29.81
Fax +39 0521 99.42.04

info@poliambulatoriodallarosaprati.it
www.poliambulatoriodallarosaprati.it

Un istituto, inoltre, da percorrere nella concreta ipotesi di un pensionamento anticipato, poiché gli anni riscattati si aggiungono tout court a quelli da lavoro, incrementando l'anzianità contributiva degli iscritti interessati e consentendo anche un più adeguato tasso di sostituzione tra compenso professionale e rendita pensionistica.

Non a caso, il Presidente Muzzetto nel suo intervento rappresentava le sempre maggiori difficoltà della categoria nell'esercizio della professione, condizione che si percepisce chiaramente nei nostri rapporti informativi con gli iscritti, giacché nel nostro Paese si è svilita la figura stessa, nonché il ruolo, del Medico, sempre meno sovrapponibile ai principi contenuti nel giuramento di Ippocrate. Un presupposto che favorisce una frequente propensione ad una uscita anticipata dalla professione.

Poter percorrere questa via, come ancor oggi accade in Enpam, con 35 anni di contribuzione complessiva, ovverosia ordinaria, riscatta e ricongiunta, rispetto agli oltre 40 anni del regime pubblico (oltre 41 per le donne ed oltre 42 anni per gli uomini), è certamente una condizione di miglior favore che i professionisti iscritti all'Ente possono vantare rispetto ai colleghi dipendenti. E tutto ciò in presenza di una congiunta età anagrafica che, ancora per il 2016, si attesta in 61 anni, innalzandosi progressivamente di sei mesi ogni anno, sino a raggiungere, a regime, il massimo di 62 anni, a far data dal 2018.

L'indennità in capitale è un altro istituto tipico di Enpam e consente una parziale capitalizzazione, nella misura massima del 15%, della pensione maturata dai convenzionati; come peraltro peculiare è la certa restituzione dei contributi versati, ove non si raggiunga una anzianità minima di 15 anni di contribuzione utile al pensionamento, diversamente dal regime pubblico ove, in assenza di 20 anni di versamenti, non si dà luogo a prestazione.

Peraltro, ai fini del raggiungimento della anzianità contributiva minima di 15 anni, necessaria per conseguire la pensione, nel nostro Ente opera una sorta di totalizzazione interna tra i Fondi gestiti, escludendo in tal senso la sola "Quota A", che consente di sommare gli "spezzoni" di contribuzione ordinaria, versata a qualsiasi titolo all'Enpam.

È stato anche garantito il principio del pro-rata, che consente di mantenere le promesse previdenziali già formulate, giacché la parte di pensione maturata fino al 31 dicembre 2012, ovverosia ante Riforma, verrà calcolata con i vecchi criteri; non verrà quindi toccato quanto assegnato prima del 2013 (contributi ordinari, aliquota modulare, riscatti).

Non solo, in caso di invalidità e/o premorienza, l'Enpam garantisce, sin dal primo giorno di iscrizione alla Fondazione, indipendentemente dal quantum versato, una rendita pensionistica annua minima di 15.097 euro per l'anno 2016, importo annualmente indicizzato; garantisce poi una pensione reversibilità al coniuge pari al 70%, diversamente dall'INPS dove questa percentuale si attesta al 60%, consentendo infine, sempre diversamente dall'Istituto pubblico, la piena cumulabilità della rendita con qualsiasi reddito personale dei superstiti.

Non da ultimo, anche su iniziativa dell'Ente, con la Legge di Stabilità 2016, è stata introdotta la possibilità per gli studenti, a partire dal quinto anno dei corsi di laurea in medicina od odontoiatria, di iscriversi all'Enpam, potendo così usufruire delle relative tutele.

Vi rappresento, infine, il grande impulso che la Fondazione ha dato ai servizi on-line, attraverso l'utilizzo dell'Area Riservata agli iscritti, presente sul portale dell'Ente.

In pochi anni siamo passati da 40mila a circa 290mila utenti. Moltissime le funzioni presenti in questa apposita sezione; a tal proposito, a portata di click, la busta arancione per dare contezza degli importi pensionistici in divenire: quasi 287mila contatti per la "Quota A"; oltre 139mila per la "Quota B"; circa 142mila per il Fondo dei Medici di Medicina Generale.

Ed ancora, oltre 117mila utenti hanno provveduto a dichiarare i propri redditi libero-professionali attraverso il portale (Modello D on-line), mentre circa 67mila iscritti hanno inteso aderire alla domiciliazione bancaria della contribuzione Enpam. Attraverso l'addebito diretto, infatti, è possibile suddividere ratealmente i versamenti, condizione che ha incontrato il particolare favore dei liberi-professionisti, che vedono così la possibilità di dilazionare la loro contribuzione, anche alla luce della congiuntura economica sfavorevole.

Una ulteriore opportunità che ha visto la Fondazione rispondere prontamente alle necessità degli iscritti, percependo con sensibilità le loro richieste, nella certezza di condividere i medesimi obiettivi.

Grazie mille dell'attenzione.

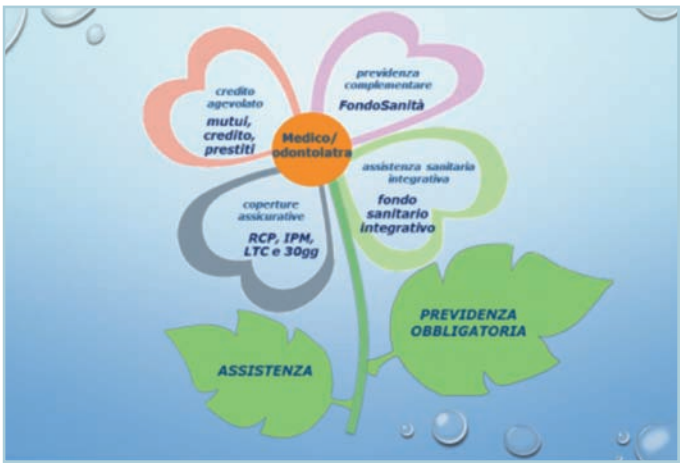
Daleffe: la previdenza va costruita in tempo utile

Il responsabile Fondo Sanità ha illustrato le opportunità de "La previdenza complementare per medici e odontoiatri".

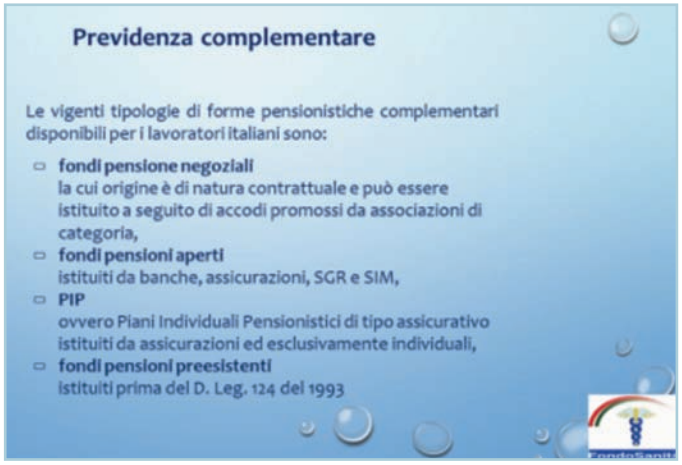
di Luigi Mario Daleffe

Grazie per avermi invitato, cercherò di essere breve perché a quest'ora credo che le informazioni che vi sono arrivate siano un pochino da mettere in ordine e se ne arrivano ancora un po' magari van tutte a pallino. Mi permetto di partire dall'intervento del collega Grillo, che è stato mio compagno di specialità, quindi se anche mi dichiaro apertamente in disaccordo con lui non è certo un problema, ci parliamo ugualmente. Perché sono in disaccordo, non tanto per le sue parole ma per il suo atteggiamento, che mi sembra troppo passivo su un argomento che non è solo politico; anzi direi che è prettamente numerico, nel senso che i soldi fanno riferimento a dei numeri e i numeri non sono elastici. Il Presidente prima diceva che tirando un elastico comunque cambiano le dimensioni; il problema qual è, io ho provato a tirare i dieci euro, si strappano, non si stirano e allora dobbiamo imparare a ragionare in un modo un po' diverso. Io, da ragazzo di campagna, credo di avere imparato moltissimo leggendo Topolino: su Topolino sono pubblicati i racconti dello zio Paperone e lo zio Paperone è quello che ci insegna che per mettere via dei risparmi o vinci al Superenalotto o fai un centesimo alla volta. Allora impariamo anche noi a ragionare in questo modo e a valutare le varie possibilità che magari abbiamo sotto gli occhi e che non riteniamo così importanti da prendere in considerazione e invece potrebbero esserlo. Poi c'è anche altro. In questi ultimi anni la Borsa italiana ha perso circa il 12% del suo valore, questo non è successo su altre Borse, allora se noi ci limitiamo a investire a casa nostra probabilmente perdiamo occasioni che possono invece esserci date dalla Borsa degli Stati Uniti, ma dalla stessa Borsa europea che è andata meno male. Allora sfruttare investimenti differenziati che ci permettono magari dei Fondi può essere una soluzione che abbiamo sotto gli occhi e magari non abbiamo voglia di prenderla in considerazione perché non ci va di approfondire gli argomenti. Comunque, torno all'argomento che mi è stato assegnato e chiedo scusa se sono uscito dal seminato.
Fondo Sanità fa parte del programma Quadrifoglio.

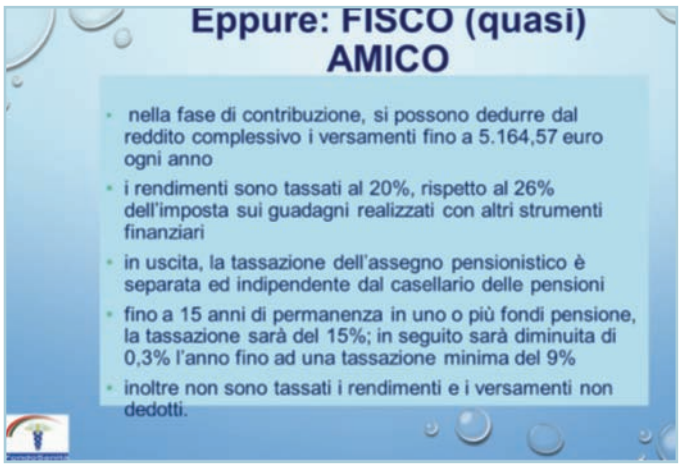
Il programma Quadrifoglio dell'Enpam che vuole dare un sostegno, un aiuto un po' a tutti gli aspetti della professione medica ma anche alla stessa vita del medico e anche dei suoi famigliari. E lo fa tenendo presente che vive una situazione che deve essere vista inserita all'interno dei problemi previdenziali di tutta la categoria che riguarda non solo i medici liberi professionisti, non solo i convenzionati, ma anche i dipendenti e lo fa cercando di portare avanti un progetto; questa immagine l'avete già vista nelle altre relazioni, i vari progetti che fanno riferimento a quello che è stato definito Progetto Quadrifoglio.



Perciò arriviamo a parlare di Previdenza complementare, perché il futuro della Previdenza, basato proprio sui numeri, non è proprio roseo, ma non è roseo non perché si vogliono penalizzare i lavoratori attuali futuri pensionati, ma perché probabilmente ci facciamo carico di errori che abbiamo fatto in passato. Per i lavoratori dipendenti i numeri che si prevedevano sono questi, cioè dal 2030, da quando andranno in pensione coloro che hanno solo il contributivo come riferimento, si calcola che si scenda sotto il 50% come tasso di sostituzione, cioè il rapporto tra prima pensione e ultimo stipendio. Ma non è che i liberi professionisti od i convenzionati stiano meglio, vediamo come sono i dati che la Riforma l'Enpam ci darà fra qualche anno e quindi vediamo che c'è un notevole impoverimento di tutti. Cosa ne deriva, un concetto molto semplice, scusate se magari vi sembra un po' dissacrante, credevamo di essere ricchi da vecchi e godercela e invece ce la dovremo cantare senza neanche le mutande. Non è così drammatica la cosa probabilmente, però credo che dobbiamo prendere in considerazione l'idea che ci dobbiamo dar da fare per andare a tappare questi buchi che ci troveremo e lo possiamo fare in diversi modi. Uno di questi è la Previdenza complementare.

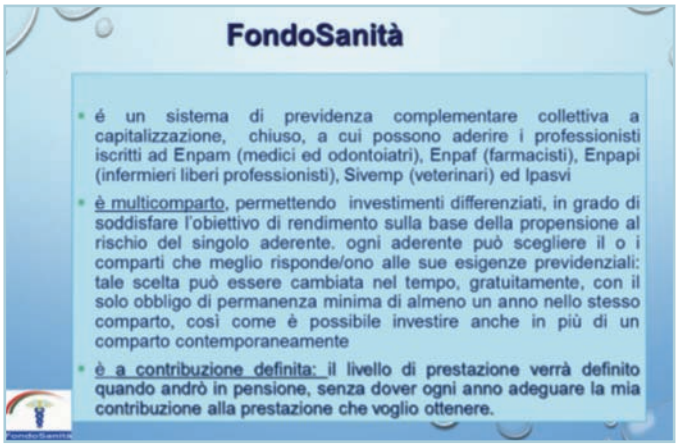


C'è chi magari può andare a vivere alle Canarie o in Bulgaria, se vogliamo rimanere comunque in Italia proviamo a vedere cosa è possibile fare. La Previdenza complementare ha vissuto e vive ad oggi ancora notevoli problematiche che derivano da tanti aspetti. Uno è la voragine informativa nel senso che la conoscenza della Previdenza complementare è molto scarsa specialmente per chi non è dipendente, magari non ha possibilità di affrontare questo aspetto con le Organizzazione sindacali oppure per gli stessi dipendenti per esempio ospedalieri, perché Perseo praticamente, non è ancora riuscito a partire , il perché non si riesce a spiegare; c'è anche stato un altro aspetto, la crisi dei mercati finanziari, le ripetute crisi dei mercati finanziari fino a poco tempo fa permettevano a chi non voleva o a chi voleva comunque combattere, comunque contrastare la Previdenza complementare perché succede anche questo, potevano riuscire a dimostrare che certi Fondi pensione non riuscivano ad avere le stesse prestazioni che ti dava conservare il TFR e questo poi alla fine si verifica col tempo e dato che l'orizzonte temporale della Previdenza deve essere a lungo termine significa che questo non è assolutamente vero.



Questa crisi della conoscenza o dell'amore per la Previdenza complementare c'è, sussiste anche se per la Previdenza complementare c'è un fisco, tra parentesi, quasi amico.
Perché è possibile dedurre fino a 5164,57 euro, la traduzione dei vecchi dieci milioni di lire che sono fermi dagli anni '90 e anche qui bisognerebbe intervenire in qualche modo per adeguarci. Il problema qual è, è che quando interviene il Governo a far qualcosa per la Previdenza complementare aumenta dall'11 al 20% la tassazione dei rendimenti con un'ottima azione di marketing, il che dimostra che non si può aver fiducia di queste Istituzioni. La tassazione della rendita vitalizia sarà indipendente dal casellario delle pensioni quindi sarà tassata fino al 15% fino a 15 anni di permanenza in uno o più Fondi complementari, diminuendo poi dello 0,30% l'anno fino a una tassazione minima del 9%. E anche qui facendo un po' il ragionamento da Paperone, nel senso utilitaristico, vediamo che la differenza fra il 9% e il 40, 43% del resto della nostra pensione potrebbe anche essere significativo come risparmio e inoltre non sono tassati i versamenti non dedotti. Tanto per avere un attimino un confronto un po' più chiaro ho provato a prendere un lavoratore lombardo che con 80mila euro di reddito annuo lordo, se dovesse versare 5164,57 euro nella Previdenza complementare praticamente si troverebbe a tirarne fuori di tasca propria 2854,00 perché il resto lo risparmia dalle tasse, tenendo presenti tutte le aliquote Irpef che si trova ad affrontare e anche questo può essere, così, un argomento interessante quando a fine anno dobbiamo andare a pagare le tasse. Cerco di essere breve, saltando alcune cose che ho già detto come questo dei vantaggi fiscali, per esempio, per chi fa libera professione: c'è un ulteriore aspetto di non secondaria importanza, che questi soldi non fanno, questi investimenti non sono assolutamente dannosi per quanto riguarda gli studi di settore o tutte le altre ingerenze del fisco. Noi dentisti eravamo abituati a mettere nei cassetti materiali o attrezzature che poi ammuffivano, ci creavano poi problemi di coerenza, questo non avviene con la Previdenza complementare e oltretutto è un patrimonio che resta del singolo aderente e oltretutto su questo patrimonio nel caso di necessità si possono ottenere anticipazioni fino al 75% per motivi di salute o per la prima casa e fino al 30% per altri motivi. Andiamo poi nello specifico, dicevo i Fondi pensione per i medici come ha ricordato prima Claudio sono Fondo Sanità e Fondo Perseo.

Fondo Perseo è disponibile solo per i medici dipendenti del Servizio sanitario Nazionale, per tutti comunque c'è a disposizione il Fondo Sanità che è nato nel 2007 quando l'Enpam ha chiesto a Fondo Dentisti che era nato nel '96 di rendersi disponibile per tutti i medici; poi han chiesto di aderire anche gli infermieri liberi professionisti, i farmacisti e i veterinari del servizio pubblico.



Quindi dal 2007 abbiamo a disposizione Fondo Sanità, che è un Fondo di previdenza complementare chiuso, multicomparto; Fondo Dentisti era stato il primo fondo italiano a partire col multicomparto, poi tutti sono diventati multicomparto perché il monocomparto obbliga ad un investimento monotipo, cioè un po' di azioni, un po' di obbligazioni uguali per tutti. Però il giovane ha la necessità, avendo a disposizione comunque un orizzonte temporale molto lungo di fare investimenti anche piuttosto aggressivi, perché poi le Borse comunque ti danno la possibilità di recuperare. Tenete presente per esempio che dal '78 al 2008, con notevoli importanti crisi economiche il rendimento globale delle Borse è stato del 10% annuo, quindi questo è il concetto, in questi anni anche il motivo, per cui il rendimento dell'Enpam riesce a superare quello della borsa italiana o quello delle obbligazioni, perché comunque scegliendo i posti giusti, le azioni giuste il rendimento comunque c'è. Ci sono tante possibilità di investire guardando il futuro facendolo in modo professionale. E ritornando al discorso del multi comparto, il multi comparto permette al giovane di scegliersi il suo comparto più aggressivo e al meno giovane, quello vicino alla pensione di scegliersi il suo comparto meno aggressivo, più tranquillo in modo che non rischia in una eventuale crisi finanziaria di perdere quello che è il suo capitale. È un Fondo a contribuzione definita: questa scelta era stata fatta da noi dentisti quando siam partiti perché dicevamo, se in un anno in cui viviamo delle crisi di mercato, e quindi saremmo obbligati per raggiungere la prestazione finita a versare di più, ci troviamo anche in crisi di reddito perché comunque le crisi si sommano, e siamo in grosse difficoltà. Questo aspetto si sta rivelando molto utile per i giovani colleghi, perché, perché un giovane collega non può che fare il riscatto degli anni di laurea all'Enpam per esempio, fino a dieci anni di iscrizione, per cui può iniziare una sua carriera previdenziale con Fondo Sanità e nel momento in cui vuol fare il riscatto degli anni di laurea sospende tranquillamente i versamenti a Fondo Sanità, se vuole; però la sua attività contributiva continuerà ad aumentare e anche la gestione e quindi i rendimenti del patrimonio continueranno a dare i loro frutti. Fondo Sanità è suddiviso, come dicevo prima, in tre comparti. Credo sia importante ricordare che si può arrivare a Fondo Sanità anche se attualmente, come per molti di voi sicuramente, hanno un Fondo di Previdenza complementare aperto, come si fa con le banche e le assicurazioni.

Vediamo dopo perché sarebbe dal nostro punto di vista conveniente spostarsi al Fondo Sanità. Il Comparto lo si può scegliere singolo, si può anche aderire partecipando a più Comparti, ci si può spostare da un Comparto all'altro gratuitamente con l'unico vincolo di permanenza in quel comparto di un anno. La gestione è fatta dai gestori finanziari a cui si affida il patrimonio sulla base di gare molto proceduralizzate. Alla fine cosa succede, che si può avere fino al 50% sotto forma di capitale, il resto o tutto quanto il montante sotto forma di rendita vitalizia che si potrà scegliere nel momento in cui si va in pensione o solo per se stessi o con una reversibilità e in entrambi i casi con la "Long term care", cioè con la possibilità di raddoppiare la rendita vitalizia nel caso di perdita di autosufficienza. E qui veniamo un attimino ai conti della spesa, perché Fondo Sanità ha deciso di essere estremamente chiaro nel presentare i suoi costi. Voi troverete che vi sono moltissimi Fondi aperti che fanno pagare la quota di gestione amministrativa annua quindici euro, noi la facciamo pagare 60 euro l'anno, perché abbiamo deciso di tenere scorporato quello che è veramente il costo di gestione amministrativa da quello che è il costo di gestione finanziaria; dal loro punto di vista correttamente le banche e le assicurazioni devono guadagnarci dal lavoro che fanno e allora per essere più appetibili nel momento in cui il promotore finanziario ve lo propone dice – il nostro costo di gestione amministrativa è 15 euro l'anno –, guarda che Fondo Sanità te lo fanno, lo so perché me lo sono venuti a dire tanti colleghi, guardate il Fondo Sanità costa 60 euro, ti depreda -. La differenza quale è, che poi loro ricaricano sulla gestione finanziaria quello che è il costo di gestione amministrativa. Allora proviamo anche noi a farci i conti bene e non farci turlupinare. E andiamo a vedere sul sito della Covip, che è la Commissione Vigilanza sui Fondi pensione, l'indicatore sintetico dei costi; è un dato ufficiale, quello deve essere assolutamente verificato e la Covip mettendo insieme tutte le varie spese definisce l'indicatore sintetico dei costi, cioè la somma della gestione amministrativa più la gestione finanziaria, più tutti gli organismi di controllo che un Fondo è obbligato ad avere, e questo indicatore ci dice quale è il costo effettivo. Confrontandoci con i maggiori Fondi che ci sono sul mercato abbiamo visto quale può essere il risparmio solo di spese di gestione fra Fondo Sanità e comparti corrispondenti di Fondi aperti, le caselle vuote non sono gratuite sono valori intermedi tra la minima e la massima. Ad esempio per il comparto obbligazionario in 30 anni possiamo avere differenza di costi dai 23mila agli 11.700 euro e questo confronto lo si può trasferire sugli altri Comparti e come vedete si possono raggiungere cifre signi-

ficative di pure spese di gestione. E voi giustamente adesso state già pensando costa poco ma rende? Lo vediamo tra un attimino.
Allora questa è una slide che ho visto proiettata ad un convegno sulla Previdenza complementare, presentata da una società indipendente.

Vedete che partendo da una ipotesi di versamento costante di 2500 euro all'anno con un rendimento lordo del 4% alla fine, dopo 35 anni se uno ha versato in un Fondo aperto ha a disposizione 143.360 euro, 129mila se ha versato in un PIP, 178mila se ha versato a Fondo Sanità. Non è molto, non ci cambia forse la vita però un pochino ci aiuta. Scendiamo nel particolare. Ho provato a prendere dal sito della Covip, quindi valori certificati, i rendimenti dei vari Fondi, con cui ci siamo confrontati sui costi, il più costoso, il meno costoso, alla fine sono pochissimi quelli che ci stanno davanti di qualche frazione e non è sufficiente a compensare la differenza di costo. Ma quello che ci dà soddisfazione è poi quello che dicono i giornali. Sul Sole 24 ore proposto la classifica degli ultimi cinque anni dei Fondi pensione italiani e leggo "su tutti brilla il 58,72% del Comparto espansione di Fondo Sanità", cioè significa aver fatto quasi il 12% l'anno, non è la fine del mondo però, insomma, non ci lamentiamo. Ma anche la Giornata Nazionale della Previdenza dice che negli ultimi tre anni il Fondo Sanità Espansione ha fatto il 39,6%, sono soddisfazioni anche poter avere questi risultati. Ma vediamo anche cosa dicono altri indipendenti. Se uno, un collega vuole iniziare a versare alla Previdenza complementare, con un Fondo aperto, a 30 anni dovrebbe iniziare a versare ogni anno 2612 euro e a 40 anni 4274, a un Pip assicurativo 2900 e a 40 anni 4600, a Fondo Sanità 1700 o 3018. Insomma credo che siano valori abbastanza significativi. Per essere ancora più concreto e arrivare in fretta alla fine, rinuncio alla privacy: io ho versato complessivamente negli anni di iscrizione a FondoSanità 82.629,15 euro avendo iniziato nel '99. Oggi mi ritrovo, al 30 di settembre valorizzazione ultima a disposizione, mi ritrovo 122.200 euro e secondo me di tasca mia ne ho tirati fuori 43mila perché gli altri li ho risparmiati dalle tasse. Non mi arricchisce sicuramente però… Un aspetto che non è riferibile forse a voi, ma vi chiedo di farvi portavoce coi giovani colleghi, è la possibilità per chi ha meno di 35 anni di aderire a Fondo Sanità in pratica gratuitamente. Perché gratuitamente, non lo pagano gli aderenti, l'Enpam ha messo a disposizione un Fondo perché questi 86 euro, cioè i 26 una tantum più i 60 euro di gestione amministrativa del primo anno vengono pagati dall'Enpam e quindi praticamente il primo anno è gratuito. Dopo l'Enpam anche le altre fonti istitutive hanno voluto fare la stessa cosa. Potrebbe essere interessante per questi giovani che sono quelli che avranno i maggiori buchi previdenziali per farsi qualcosa di integrativo. Un altro aspetto che sicuramente ci può interessare è costruire una pensione complementare per i nostri figli. Quando nel 2007 il Ministero, a cui l'avevamo chiesto nel 2001 ce l'ha concesso, io ho iscritto mio figlio che allora era studente di medicina; adesso che è medico va avanti lui per conto suo. Ma anche se fosse stato iscritto a Ingegneria, fosse ingegnere, la normativa prevede che quando uno è in un Fondo di Previdenza complementare ci può restare anche se non ha più le caratteristiche per essere iscritto. E quindi questo è un ulteriore grosso vantaggio. Quando è stato possibile iscrivere i familiari a carico un collega di Mantova ha iscritto il figlio che aveva 5 mesi e siamo finiti sui giornali, in Parlamento, etc. e tutti i Fondi han cominciato a fare questa scelta. Poi una persona che di Previdenza secondo me se ne intende ha iscritto la figlia a 3 mesi, un collega ha battuto il record col figlio che ha iscritto a un mese e mezzo; non ci è ancora arrivata l'iscrizione del test di gravidanza però ci speriamo. Ecco io finisco dicendo quello che vorrei lasciarvi come messaggio, il tempo utile, cioè la Previdenza va impostata il più presto possibile, bisogna conoscerla e bisogna pensare di costruirla per tempo, perché soltanto i tempi lunghi permettono di mettere da parte, e far fruttare dal punto di vista della capitalizzazione quello che mettiamo da parte. Esco dal seminato ancora una volta per ricordarvi, sono consigliere dell'Ordine dei Medici, che arrivano sempre più richieste di assistenza: il 5 per mille da noi è già uscito di tasca, il nostro portafoglio ha già salutato questo 5 per mille, si tratta solo di indirizzarlo da una parte o dall'altra. Se lo indirizziamo all'Enpam non sono soldi buttati via. Vi ringrazio dell'attenzione

Diritto alla salute tra malessere della sanità e incertezze della democrazia

"Of all forms of inequality, injustice in health care is the most shocking and inuhumane", Martin Luther King

di Antonio e Manfredi** Saginario*

Storia del diritto alla salute

Prima dell'affermarsi del prevalente paradigma attuale di sanità, fondato sul diritto universale alla salute, la Sanità si basava giuridicamente su:

1) Controllo autoritario di pubblica sicurezza per malattie contagiose, veneree e mentali.
2) Beneficienza assistenziale per gli indigenti.
3) Intervento utilitarista di "risanamento" per migliorare produttività e competitività.
4) Medicina liberale con contratto libero professionale e auto legittimazione dell'atto medico.

Sviluppo della sanità e democrazia si sono intrecciati in modo stretto e proficuo da quasi un secolo. Nel saggio «Occidente» lo storico inglese Nail Ferguson considera che la medicina sia uno dei 5 strumenti che permisero all›Occidente di ottenere egemonia mondiale. Ricordiamo solo alcune episodi storici eclatanti:

1) Istituzione dell›Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l›ONU della Sanità, fondata nel 1946.
2) Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale Gran Bretagna dopo II guerra mondiale, uno dei 5 pilastri del welfare.
3) Riforma sanitaria con l›Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale in Italia nel 1978.
4) Recente scontro epocale sulla riforma sanitaria negli Stati Uniti, detta "Obamacare".

Basi giuridiche

Per comprendere che cosa significa a livello di diritto internazionale il diritto alla salute, è opportuno definire che cos'è la salute. La definizione dell›Oms di solito citata, ovvero «condizione di completo benessere fisico, psichico e sociale», risulta generica e utopica. Più realistica e accurata la definizione della convenzione ONU, scritta nel 1966, ratificata anche dall›Italia e in vigore dal 1976, "United National Convenant on economic, social and cultural rights", che all'articolo 12 del 1966 definisce un diritto alla salute come "lo standard più alto possibile di salute fisica e mentale».

Il diritto alla salute e all'assistenza sanitaria è riconosciuto come diritto fondamentale dall›articolo 25 della Dichiarazione Universale dei diritti dell›uomo.

La Costituzione italiana considera espressamente il diritto alla salute all›articolo 32 comma primo «la repubblica italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell›individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti".

Dalla lettura del resto costituzionale emergono due principi costituzionali riguardo salute:

1) «fondamentale diritto dell›individuo»
2) "interesse della collettività

L›articolo 359 del Codice Penale recita: «...esercitano un servizio di pubblica necessità i privati che esercitano professioni sanitarie o… quando nell›opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi".

La Sanità risulta perciò considerata come «servizio di pubblica necessità», ai sensi dell›art 359 del codice penale.

Il diritto umano alla salute presenta:

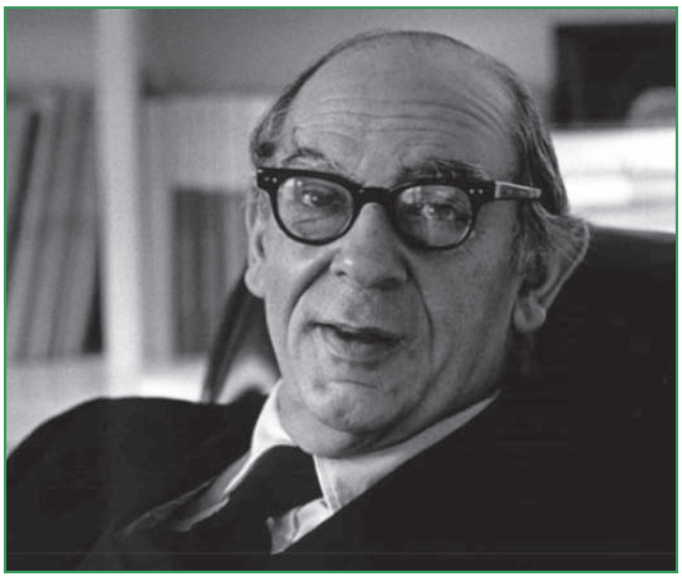
1) Funzione giuridica non è solo richiamo generico a valori morali, ma anche strumento legale operativo di garanzia e obbligazione.
2) Principio guida ispiratore alla legislazione per rispettare, difendere e promuovere la salute si può dire che non è figlio (conseguenza) ma genitore di leggi.
3) Strumento di implementazione evolutiva l'obiettivo di assicurare la salute non è immediato (tutto subito) da attuare gradualmente con risorse disponibili.
4) Chiamata all›azione di ciascuno sanitario e cittadino e impegno politico policy tramite piano sanitario nazionale e locale.

Il diritto alla salute presenta:

1) Componente negativa "libertà da" secondo la terminologia del filosofo Isaiah Berlin.
   Protezione dalle offese alla salute e integrità psicofisica da proteggere da offese e risarcire in caso di violazione.
2) Componente positiva "libertà di" secondo Berlin.
   In senso ristretto diritto alla cura sanitaria. In senso ampio di salute pubblica agendo su determinanti ambientali e sociali della salute e su prevenzione promozione su educazione a stili di vita.

Il diritto alla salute ha un alto valore pubblico perché:

1) La salute è fondamentale per benessere e funzionamento umano e sociale.
2) Prerequisito abilitante ad altri diritti umani.



3) Salute pubblica può essere raggiunta solo con azioni collettive (es. vaccinazioni, gestione epidemie, fogne...).
4) Solidarietà rafforza coesione sociale, mentre «miseria genera odio» (Beveridge).

Compito essenziale di un governo democratico è proteggere e promuovere la salute.
La salute buona sta alla base del benessere personale, fa parte della dotazione elementare garantita a tutti i cittadini. Risulta prerequisito per l›esercizio di altri diritti umani e anche per poter entrare nel mercato economico perché un livello minimo decente di salute è necessario per assicurare l›abilità di godere degli altri diritti.

A chi compete applicare il diritto alla salute?

Il diritto alla salute è attivo e dinamico e obbliga gli Stati a promuovere ogni opportuna iniziativa per miglior tutela possibile, globale e universale e rimuovere gli impedimenti all›attuazione per disuguaglianze sociali e mancato accesso all›assistenza sanitaria.
In Italia il governo centrale e regioni sono perciò soggetti debitori del diritto, con responsabilità della salute pubblica tramite organizzazione sanitaria delle aziende sanitarie AUSL.
I responsabili nella concreta applicazione clinica sono il medico e i professionisti sanitari.
Con la collaborazione del cittadino e dell'intera comunità.
Lo Stato dispone di diversi strumenti operativi:

1) Giudiziario tramite risarcimento e supplenza ad altri poteri, legislativo ed esecutivo, latitanti.
2) Regolazione legislativa di proibizione (obbligo del casco, accreditamento per strutture sanitarie...) e contro discriminazione e tutela.
3) Regolazione amministrativa di accreditamento di strutture di servizi, qualità e livelli essenziali di assistenza…
4) Regolamentazione per formazione e accesso alle professioni sanitarie con divieto di esercizio abusivo.
5) Spesa sanitaria del fondo sanitario nazionale.
6) Tassazione «intelligente» per sfavorire consumi non sani (alcol, tabacchi, petroli, slot-machine, zuccherate, sale, grassi saturi animali trans).
7) Detrazione fiscale (per esempio assicurazioni sanitarie private in Usa).

Policy sanitaria sia specifica, ma anche in settori che influenzano (per esempio ambiente, lavoro, debito privato...) tramite pianificazione sanitaria nazionale locale.
Vi sono limiti invalicabili all'ingerenza statale nella sanità: il legislatore non può entrare nel merito delle scelte tecniche cliniche, come ha stabilito la Corte Costituzionale dichiarando incostituzionali la legge regionale piemontese, che proibiva l'elettroshock (sentenza 28/02), e la legge su procreazione assistita dove disponeva i numeri di gamete (sentenza 151/09)

Come si può applicare il diritto alla salute?

Il General Comment No. 14, alla Carta dei diritti economici, sociali dell'Onu, fornisce principi di applicazione, elencando criteri definiti da rispettare, proteggere e applicare.
È possibile perciò un monitoraggio empirico usando indicatori e benchmark misurabili e non solo vaghi e roboanti dichiarazioni di impegno. Si può paragonare alla definizione giuridica di «processo giusto» che richiede criteri di durata, garanzia della difesa, ecc…

Alcuni criteri essenziali richiesti sono:

1) Accesso alle cure di buona qualità da realizzarsi progressivamente in modo compatibile con le risorse disponibili.
2) Infrastrutture necessarie per fornire salute pubblica per esempio fogne, acqua potabile...
3) Accessibilità alle cure: geografica, finanziaria e culturale.
4) Trasparenza informativa e partecipazione attiva di sanitari e cittadini pazienti.
5) Libertà da discriminazione, diritto mai rinviabile.

La realizzazione dell›accesso alle cure è progressivo, considerando l'allocazione ottimale delle risorse disponibili, e può variare secondo la ricchezza della nazione e la formazione del personale sanitario. La Corte Costituzionale ha recepito questo criterio e nella sentenza 356/92 ha chiarito che «la qualità e il livello delle prestazioni sanitarie da determinare previa valutazione delle priorità e compatibilità".

Diritto alla salute in psichiatria

Dalle definizioni di salute delle convenzioni internazionali, a partire da quelle ONU e OMS, si richiede di considerare salute mentale parte integrante e non disgiungibile del diritto alia salute. Anche la Corte Costituzionale ha riconosciuto nella sentenza 167/99 che la tutela della salute psichica "deve essere di grado pari a quella della salute fisica".
Sfortunatamente il diritto alla salute mentale non è applicato ed

è violato per stigma comune e pervasiva, consistente in pregiudizi negativi e condotte discriminanti verso paziente psichiatrico, basate su credenze false. Compito di medici e sanitari chiarire la natura di credenze infondate dal punto di vista medico e combatterle. Risulta grave dal punto di vista anche deontologico che invece parecchie volte medici e sanitari, ancora peggio in psichiatria, collaudino con pregiudizi e lavorino in modo discriminante con pazienti psichiatrici.
Lo stigma non è riconosciuto e non combattuto a livello legale, anzi è stato a lungo rafforzato da leggi e pratica giuridica spesso discriminatoria e paternalistica, denominata da Berlin "saniamo", in analogia al razzismo o sessismo.

Ricordiamo alcuni esempi di "stigma legislativo" presenti fino all'abrogazione della legge manicomiale nel 1978, ma che ancora influenzano negativamente l'opinione pubblica:
1) Interdizione ipso facto del ricoverato in manicomio con incompetenza totale definitiva legale ad assumere decisioni e perdita dei diritti civili e politici.
2) Inesistenza del ricovero volontario e ricovero coatto disposto per motivi di pubblica sicurezza da questore e non per motivi sanitari.
3) Criterio di ricovero coatto era pericolosità per sé e gli altri.
4) Scopo principale era prima custodia e poi cura.

Il diritto alla salute in psichiatria deve garantire accesso diffuso e facilitato a servizi ben strutturati di buona qualità clinica e inoltre adeguatamente finanziata, in specie per pazienti gravi cronici o ricorrenti o per l'intervento precoce sui giovani all'esordio.
Richiede personale formato e aggiornato, strutture idonee e umane, gestione della frequente ma trascurata comorbidità medica, diffusione di educazione sanitaria su salute mentale, sviluppo di ricerca e innovazione.

Il diritto alla salute in psichiatria si è *sviluppato nel secolo scorso in varie fasi:*
1) "Custodia e cura" manicomiale con legge del 1904
2) Tutela e de-istituzionalizzazione territoriale con legge 180/1978.
3) Ora col diritto al trattamento e partecipazione.

Recenti acquisizioni della psichiatria hanno notevole rilevanza, non ancora acquisita, per pratica forense.
Segnalo tra le altre:
1) Il rifiuto delle cure nelle psicosi è spesso legato all›anosognosia, un deficit su base neurobiologico.
2) Trattamento ritardato e non integrato (farmaci anti psicotici e terapia cognitiva) all›esordio psicotico determina esiti negativi gravi e persistenti.
3) Violenza fisica e sessuale infantile favorisce sviluppo di disturbi psichici gravi e cronici in età adulta.
4) Valutazione della pericolosità sociale (recidiva di violenza e crimine) è accurata solo se basata su criteri statistici e non invece sulla base del giudizio clinico.

La dichiarazione finale della conferenza internazionale sull'assistenza primaria OMS di Alma Ata nel 1978 proclamava il diritto alla «salute per tutti entro il 2000», ribadiva indicando la necessità urgente chiamata all›azione rapida e persistente per proteggere e promuovere il massimo livello di salute da parte dei governi, sanitari, ma anche del contributi dei settori economico e sociale e non solo sanitario. In concreto non risultò attuata per mancanza di volontà politica e sanitaria e a posteriori ci appare come troppo precoce e ingenua.
Le incertezze dell›attuale condizione di incertezza e fragilità della nostra democrazia si evidenziano anche nella politica sanitaria.

Ricordiamo solo alcuni aspetti del malessere della nostra sanità:
1) Difficile sostenibilità economica sempre meno sicura.
2) Copertura di prestazioni sempre più limitata.
3) Razionamento con lunghe liste d›attesa.
4) Precariati di medici e sanitari.
5) Gestione organizzativa poco efficace e oculata.

Ingerenza partitica pesante, parecchie volte illecita per corruzione e favoritismi. Insomma una «mangiatoia», come si intitola il recente libro di Bocci e Tonacci.
La relazione medico-paziente prima centrale è diventata conflittuale e distorta da litigiosità e da medicina difensiva. Anche la figura del medico prima autorevole vive una profonda incertezza, tanto da far parlare di "scomparsa del dottore, storia e cronaca dì un estinzione", come ben diagnosticato dal medico storico Cosmacini.
Il rapporto tra medicina e diritto è diventato conflittuale, si può parlare di uno scontro tra camice bianco del medico e toga nera dell›avvocato e giudice. Alla base emergono paradigmi concettuali e operativi poco comunicanti, talvolta configgenti.
Obiettivo del medico è curare un paziente, invece del giudice di individuare un responsabile. Il ragionamento medico è statistico e multifattoriale, quello giuridico causale e deterministico. Il modello di lavoro considerato dai giuristi risulta arcaico e basato ancora su contratti da libero professionista, non considerando che ora il medico lavora come dipendente o convenzionato in équipe, per grandi organizzazioni sanitarie come sono le Ausl. Ulteriore confusione nasce da una trasposizione dalla pratica giuridica americana fondata sul diritto comune e avversari all'anglosassone; inoltre pratica medica americana così diversa dalla nostra senza "obbligo di azione medica", senza visita domiciliare e senza uso del telefono solo perché non retribuito!
La politica sanitaria è stato campo di battaglia tra modelli ideologici dominanti del '900: quello individualistico mercantilista contro quello collettivistico statalista, tra mercato e burocrazia gerarchica statale, lotta «big government vs big business».

La proposta per superare guerra ideologica è *quello di un modello basato su persona, relazione, comunità e professionalità.*
1) Salute come bene comune della comunità.
2) Patto per salute.
3) Recupero della relazione medico-paziente, di collaborazione e condivisione.

La professionalità del medico è fondata su due pilastri:
1) Metodo clinico ed evidenze scientifiche (evidence-based medicine e health care).
2) Approccio etico di rispetto e compassione, diremo di misericordia verso il paziente.

Lancio alcune proposte giuridiche che favorirebbero pratica medica psichiatrica:
1) Valutazione di impatto medico e psichiatrico riguardo provvedimenti, come già esiste in campo ambientale in settori non sanitari.
2) Legge contro stigma e discriminazione dei pazienti psichiatrici gravi.
3) Legge su trattamenti sanitari obbligatori ambulatoriali non ospedalieri (community order della letteratura anglosassone) e direttive anticipate in psichiatria che permettano di scrivere le indicazioni di cura di un paziente ben compensato nel caso di recidiva di malattia.
4) Introduzione del modello della giustizia terapeutica o riparativa di tipo non conflittuale con l'impiego di corti specialistiche (mental health court della letteratura anglosassone).

Concludo che se il diritto alla salute è precondizione di una democrazia piena, a sua volta la democrazia modifica la pratica medica. Già Platone nelle «Leggi» distingueva, come in altre culture dell'Egitto e della Mesopotamia, il medico degli schiavi, che non parla col malato ed è come un tiranno, e il medico dei liberi, che possiede competenza clinica e l›arte dialettica di ascolto e comunicazione col paziente.

*Dipartimento Salute Mentale Piacenza
**Sportello Parkinson presso Fondazione Don Gnocchi Parma, Primario emerito in Neurologia

BIBLIOGRAFIA

- BALDUZZI R e SERVETTI D (2013) La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale pagg. 13- 35 in BALDUZZI R. e CARPANI G. (a cura di). Manuale di diritto sanitario, Bologna Mulino.
- BIRNBAUM (1960) The right to treatment Am Bar Assoc J 46: 499-504.
- DIRINDIN N e RIVOIRO C (2013) La tutela della salute: un diritto e un impegno 14: 113-7.
- DREW N et al. (2013) Human rights violation of people with mental and psychosocial disabilities: An unresolved global crisis Lancet 378: 1664-75.
- DURANTE V (2011) La salute come diritto della persona in Italia in RODOTÀ S. e ZATTI Trattato di biodiritto Tomo I p. 579-600.
- FERGUSON N (2010) Occidente Ascesi e crisi di una civiltà, Milano.
- FLICK GM (2010) La salute nella costituzione italiana, La Professione, FNOMCeO 11(2): 13-36.
- GABLE L e GOSTIN LO (2009) Mental health as a human right in CLAPHAM A et al. (eds) Realizing the right to health: Swiss human right book vol. III p 249-261.
- GOSTIN LO (2004b) International human rights law and mental disability Hastings Center Report 11 -2 March-April 11 -2
- GOSTIN LO (2004) Health of the people: The highest law? The Journal of Law, Medicine & Ethics, 2004, Fall 509-15
- GOSTIN LO e GABLE L (2004) The human rights of persons with mental disabilities: A global perspective on the application of human rights principles to mental health, Maryland Law Review 63: 20-121
- GRUSKIN S, MILLS EJ e TARANTOLA D (2007) History, principles, and practice of health and human rights 370: 449-55
- HUNT P (2007) Right to the highest attainable standard of health, Lancet 370:369-371
- HUNT P (2006) Mental disabilities and the human right to the highest attainable standard of health, Human Rights Quaterly
- MACIOCCO G (2010) Evoluzione storica del diritto, La Professione, FNOMCeO 11(2): 37- 64
- OOMS G et al. (2013) Universal health coverage anchored in the right to health, Bull World Health Organ 91: 2-2A
- PIES R (2012) Is healthcare a right?: The perspective of the Abrahamic faiths Hektoen International 4 (1)
- RUGER JP, RUGER TW e ANNAS GJ (2015) The elusive right to health care under U.S. law, New Engl J Med 372: 2558-63
- SEN A (2008) Why and how is health a human right Lancet 372: 2010
- SIGNORELLI C, RICCO' M, ODONE A (2011) La valutazione di impatto sanitario (VIS) nei processi decisionali Epidemiol Prev 32:131-5
- SINGH JA, GOVENDER M, MILLS EJ (2007) Do human rights matter to health. Lancet 370:521-7
- ZAMAGNI S (2005) Equità, razionamento, diritto alle cure sanitarie. Medicina e Morale, 2005/5. 348

Riflessioni e divagazioni sull'insegnamento della Medicina

Le discipline biomediche formative sono oggi sono fortemente erose nei tempi e nella consistenza. Occorre ristabilire il primato della cultura sul nozionismo e il primato dell'intero sul particolare.

*di Renato Scandroglio**

Svolgo ancora oggi, dopo essere stato per molti anni direttore, in Parma, dell'Istituto di Istologia della Facoltà di Medicina, un seminario agli studenti del I anno incentrato sulla biologia dello sviluppo. Per il resto sono totalmente estraneo alle dinamiche della Facoltà. Mi trovo quindi nella felice condizione di poter esprimere un giudizio libero e capace di cogliere i mutamenti perché affrancato sia da interessi personali, sia da quella sorta di sopore che nasce dal coinvolgimento rutinario.
Aggiungo che tuttora svolgo un'attività medica in qualità di ginecologo libero professionista, per cui ho ben presente anche gli aspetti pratici della professione.
Ebbene, la mia esperienza è a dir poco sconvolgente perché di anno in anno vedo sempre più precipitare l'attenzione e l'interesse per le discipline biomediche formative, quali l'istologia, la biochimica, l'anatomia e la fisiologia, che infatti oggi sono fortemente erose nei tempi e nella consistenza essendo confinate in poco più di due anni di corso, quando fino a non molti anni fa occupavano un intero triennio.
In particolare a soffrire è il I semestre del I anno, che ormai è ridotto a un bimestre e per non pochi studenti è addirittura sospeso perché essi, a causa della demenziale organizzazione del test d'ingresso, vi sono ammessi quando è già concluso.
Non scendo nei dettagli tecnici di questa situazione paradossale, perché oltre che complessi essi sono talmente assurdi da suscitare sentimenti di sconforto se non proprio d'ira verso chi li ha sciaguratamente promossi e ora non li sa correggere. Mi limito a segnalare che un semestre così sensibile per chi accede per la prima volta alla Facoltà di Medicina, del tutto ignaro dei meccanismi dell'insegnamento universitario, di fatto quasi non esiste più.
Perciò si va creando un contenzioso di studenti che iniziano il loro percorso cognitivo in un modo a dir poco rocambolesco e comunque non certamente idoneo a propiziare un percorso ottimale, alla faccia del detto che "chi ben comincia è a metà dell'opera".
Un esempio locale può ben illustrare questa situazione che peraltro altrove è talora ancor più disastrosa: lezioni ridotte numericamente (quando la conoscenza tende ad aumentare in modo vertiginoso), svolte in un arco temporale assai ristretto (del tutto inadeguato a far maturare le conoscenze acquisite), per di più nelle ore pomeridiane (così sottratte allo studio individuale) e a tappe forzate anche di tre ore consecutive (impossibili da sostenere per il docente e impossibili da seguire per il discente). E tutto ciò nonostante la presidenza del corso di laurea sia affidata, lo so per conoscenza personale, a un docente molto attivo, molto attento e molto consapevole, ma evidentemente vittima di una invincibile burocrazia mostruosa e sorda.
Rimane il fatto che il risultato è questo: discipline formative e dalla forte valenza propedeutica si stendono sugli studenti di Medicina come può farlo un forte acquazzone, che dà fastidio e poi scorre via, senza permeare il suolo.
E non è finita, perché il triennio propedeutico, stando ai 'si dice', verrà ulteriormente eroso. Per cui è logico attendersi che si produrranno sempre più medici privi della cultura di base utile a ricevere le conoscenze specialistiche e che pertanto, a lungo andare, si laureeranno medici sempre più equivalenti a bandierine scosse e disarticolate, perché infisse in un territorio incapace di sostenerle e di raccordarle.
Proprio quando il nuovo paradigma scientifico, nato dal pensiero sistemico, insegna che la realtà non è fatta di nodi isolati, quanto piuttosto dalla totalità dei nodi riuniti nella rete che nasce dalle loro infinite connessioni, sostenute da un flusso di energia.
Che nel caso specifico è, per l'appunto, la cultura di base.

In sostanza, di questo passo avremo una Medicina equivalente a una ragnatela con tanti ragni incapaci di tesserla e poi di sostenerla. Vale a dire, avremo tanti medici assolutamente competenti circa un pezzetto di patologia, a ciascuno il suo, ma del tutto smarriti in un labirinto - l'uomo intero - dove al più essi si potranno rincorrere l'un l'altro, nella disperata condizione di chi pensa che sia sufficiente muoversi per giungere a destinazione. Quando invece non è così, perché la loro è una danza che si avvita su se stessa, priva com'è di una scrittura che indichi la melodia, cioè il "principio generale", l'archè, che soggiace immutato al cambiamento, sostenendolo.
Se si vuole evitare questo dramma epocale che rischia di travolgere la Medicina riducendola, da arte quale è, a lavoro artigianale di basso profilo, si deve quanto prima *ristabilire il primato della cultura sul nozionismo e il primato dell'intero sul particolare*.
Per farlo,

- gli organismi centrali che fanno capo al Ministero della Pubblica Istruzione escano dalla bolla astratta nella quale si sono rinchiusi per indolenza e per insipienza;

- gli organismi periferici che fanno capo ai rettori delle università cessino di essere supini, seppure per necessità, a direttive assurde;
- i docenti smettano l'abito della convenienza e ritornino in campo con la dignità e la forza del sapere didattico;
- gli studenti sappiano che non esistono solo le briciole, ma anche i pani interi, anche se a masticarli si fa più fatica;
- i medici ritornino a considerare l'uomo un "tutto" con il suo ambiente;
- i malati smettano di chiedere il superfluo e si accontentino del necessario;
- i sani si rendano conto che lo stato di salute è una loro responsabilità.

Ministri, rettori, docenti, studenti, medici, malati e sani: è chiedere troppo?
NO! Se solo si capisce che o si fa così o si è tutti inutili. Anche se il narcisismo imperante ci fa credere il contrario.

E per finire un appello ai colleghi la cui età comporta, come la mia, "un orizzonte vicino".
Sfruttiamo l'opportunità di essere svincolati, proprio per questo, dai lacci e dai lacciuoli che la vita pienamente operativa inevitabilmente impone, per dire la nostra anche quando il "*dire*" non è politicamente corretto, uscendo dalla pigrizia del "*ho già dato*".
Perché il momento di dare non tramonta mai, soprattutto se in gioco c'è l'avvenire della nostra professione.
Ma dare come? Qualcuno chiederà.
Con il dovere del singolo, contenuto in una rete dove anche un sussurro è pervasivo per l'effetto "*piccolo mondo*". Con il cuore gagliardo di tante battaglie vinte e perse.
Uscendo dalla trincea del solipsismo egoistico per imbracciare l'arma dell'idealità solidale.
Studiando, discutendo, proponendo.
Rifiutando l'incompetenza e l'inadeguatezza.
Sbrogliando le catene della burocrazia che ha tolto alla Medicina la responsabilità così pregnante di poter e saper operare secondo scienza e coscienza.
Offrendo ai colleghi giovani le soluzioni trovate e spiegando loro che se alla professione togliamo la compassione, il "*saper patire con*" che nasce anche dalla raffinatezza mentale che deriva dalla cultura - oggi purtroppo, per quanto ho detto, così trascurata - tanto vale fare un altro mestiere, più remunerativo e più tranquillo.
Infine dando un aiuto forte e sincero a un Presidente dell'Ordine come il nostro, così attivo, capace ed entusiasta, che combatte una guerra su più fronti, anche quella di cui sto parlando e per la quale vi ho confidato il mio pensiero.
Se così sarà, chiuderemo in bellezza.

** Ginecologo libero professionista, già direttore dell'Istituto di Istologia della Facoltà di Medicina di Parma*

Consiglio dell'Ordine dei Medici di Parma SINTESI DEI VERBALI

a cura dell'Ufficio Stampa Omceo Parma

La rubrica dedicata al lavoro del Consiglio continua con le principali delibere comprese nel periodo Febbraio 2015 – Marzo 2016.
Riunioni del Consiglio dell'Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Parma, in carica per il triennio 2015-2017: Presidente Pierantonio Muzzetto, Vicepresidente Paolo Ronchini, Segretario Paolo Dall'Aglio, Tesoriere Michele Campari. Consiglieri Maria Cristina Baroni, Ornella Cappelli, Mariangela Dardani, Angelo Di Mola, Maurizio Falzoi, Giorgio Gazzola, Luigi Ippolito, Maurizio Leccabue, Francesco Leonardi, Andrea Manotti, Gianni Rastelli, Mario Scali e Patrizia Sottotetti. Revisori dei Conti Matteo Curti, Ilaria Crialesi Esposito, Francesco Renzulli. Supplente Lavinia Volpi.

8 Febbraio 2016
Di seguito gli argomenti in delibera affrontati dal Consiglio dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma nella riunione del 8 Febbraio 2016.

CONSIGLIO PRECEDUTO DALLA VISITA DEL PREFETTO GIUSEPPE FORLANI
In nome di una sempre maggiore collaborazione tra Enti dello Stato, S.E. il Prefetto di Parma Giuseppe Forlani ha fatto visita all'Ordine dei medici provinciale.
Si è parlato dell'attuale momento in cui versa la sanità locale e degli ambiti in cui l'Ordine garantisce il proprio contributo all'organismo prefettizio.
Sono stati presentati i membri del Consiglio e ringraziato l'ospite per l'onore riservato con la visita ufficiale, sono stati elencati i problemi generali del mondo sanitario e i potenziali ambiti di intervento. Il Prefetto dal canto suo ha ribadito la volontà di proseguire nella fattiva collaborazione con l'Ordine dei medici di Parma, riconoscendo altresì gli sforzi che si stanno compiendo a garanzia di una sempre migliore assistenza al cittadino.
E' stato poi evidenziato l'impegno in alcuni settori in cui è emersa la sinergia tra le istituzioni statali sul territorio, tra questi la formazione. La concertazione d'intenti su determinati argomenti ha reso possibile l'istituzione, ad esempio, del corso di prevenzione sul difficile e grave tema della violenza sulle donne e sui minori. Corso che per la sua impostazione e i suoi contenuti è diventato di riferimento anche a livello nazionale.
La visita di S.E. il Prefetto Forlani si è conclusa con l'auspicio di incontrarsi su alcune delle criticità che attualmente sono da considerarsi prioritarie nell'ambito di competenza.

DELIBERA: **Variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri**
Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, a norma della Legge N. 221/50, dopo valutazione dei fascicoli personali ha deliberato la variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri in seguito a nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni.
Albo Medici: 34 nuove iscrizioni, 2 iscrizione per trasferimento, 8 cancellazioni
Albo Odontoiatri: 1 nuova iscrizione

DELIBERA: **Nomina responsabile della conservazione sostitutiva**
Premesso che il Codice dell'Amministrazione Digitale (D.lgs. n. 82/2005) stabilisce che le Pubbliche Amministrazioni assicurino la corretta formazione, raccolta e conservazione dei dati e la costante operatività dei sistemi informativi quale supporto fondamentale per la qualità e costante fruibilità dei dati, delle informazioni e dei servizi che le stesse PA rendono ai cittadini e agli iscritti; considerato che a sovrintendere alle operazioni necessarie per la conservazione è stata introdotta la figura del Responsabile della conservazione dei documenti informatici; stabilito che l'ente intende attuare il processo di conservazione sostitutiva ai sensi delle regole tecniche attualmente in vigore, occorre nominare il Responsabile del procedimento di conservazione sostitutiva, il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma ha deliberato di nominare il dott. Paolo Dall'Aglio – Segretario dell'Ordine – quale Responsabile della conservazione sostitutiva.

DELIBERA: **FNOMCEO – Richiesta costituzione Commissione "Salute Globale, sviluppo e cooperazione".**
Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Parma vista la circolare FNOMCEO n. 5 del 19/01/2016 che invita gli Ordini a costituire una Commissione di lavoro sul tema "Salute globale, sviluppo e cooperazione" e ad individuare un referente che potrà collaborare qualora richiesta con il Gruppo di lavoro FNOMCEO, ha deliberato di costituire tale commissione che risulta così composta:
- Dott. Maurizio Falzoi coordinatore
- Dott. Manotti Andrea, Dott. Scali Mario, Dott. Ippolito Luigi, Prof. Sarli Leopoldo, Dott.ssa Sciarrone Franca
-

PATROCINI:
Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Parma nella sua seduta del 8 febbraio 2016 ha deliberato di concedere il patrocinio alle seguenti iniziative:
- Convegno "Salute del perineo, benessere della donna", Salsomaggiore 4-5 marzo 2016
- "RM multiparametrica della prostata e biopsie RM fusion" – Parma 14 maggio 2016 – Dott. Andrea Prati
- Snupi Onlus – richiesta patrocinio e utilizzo logo per il progetto "PAPà".

7 Marzo 2016
Di seguito gli argomenti in delibera affrontati dal Consiglio dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma nella riunione del 7 Marzo 2016.

DELIBERA: **Variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri**
Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, a norma della Legge N. 221/50, dopo valutazione dei fascicoli personali ha deliberato la variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri in seguito a nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni.

Albo Medici: 2 nuove iscrizioni, 2 iscrizione per trasferimento, 3 cancellazioni

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:
Consiglio Nazionale Fnomceo 5 Marzo 2016
Si è parlato dei fatti di Bologna, ovvero della sentenza della sospensione dei medici del 118; altri 5 medici sono indagati.
Oggetto della discussione preliminare del CN in cui si è approfondito l'argomento e a seguito di discussione collegiale si è approvato il documento finale, in cui si è ribadito ai punti 3 e 6 del documento approvato all'unanimità, l'autonomia assoluta dell'Ordine nella sua funzione disciplinare nel rispetto delle procedure previste per Legge a salvaguardia delle garanzie in coerenza col nostro Codice Deontologico.
In particolare si esprime consonanza rafforzando la decisione del Consiglio nazionale del 5 u.s. riguardo le prerogative deontologiche degli Ordini, in questo modo esprimendo con forza la validità dei principi che stanno alla base della decisione deontologica dell'Ordine di Bologna laddove richiama al rispetto del Codice deontologico e allo stesso tempo dichiara l'assoluta indipendenza e autonomia dell'Ordine di Parma e degli Ordini Italiano in tema di giudizio disciplinare e di valutazione deontologica dell'operato dei propri iscritti.
Si effettua articolata discussione.

DELIBERA: **Decreto Appropriatezza**
Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, valutato il documento nazionale approvato in corso del Consiglio nazionale degli ordini del 5.3.2016, condivisi i principi espressi, ha deliberato
- di fare proprio il testo che si riporta qui di seguito, deliberato in sede di Consiglio Nazionale FNOMCEO del 5 marzo 2016, in particolare sottolineando il principio espresso al punto 6 e rafforzandolo nel senso dell'autonomia e indipendenza dell'Ordine nel suo agire come Magistratura Deontologica.
- di significare la decisione alla Federazione nazionale.

Testo approvato e facente parte integrale della delibera
1. *Respingere i contenuti del Decreto "Appropriatezza" e di proseguire la collaborazione con il Ministero della Salute e con le Regioni per la definizione di un nuovo Decreto, nell'ambito della revisione dei LEA, distinguendo i criteri di erogabilità dall'appropriatezza, che deve rimanere patrimonio della professione.*
2. *Presidiare l'ulteriore percorso parlamentare delle legge sulla responsabilità medica secondo le indicazioni del Consiglio Nazionale, prevedendo un ruolo attivo della FNOMCeO nella valutazione delle linee guida*
3. *Presidiare l'iter parlamentare sul riordino degli ordini professionali sulla base delle indicazioni del Consiglio Nazionale*
4. *Evidenziare nelle sedi istituzionali le criticità proprie delle relazioni interprofessionali nel sistema emergenza urgenza, nella gestione della cronicità e nella gestione della gravidanza fisiologica, ove vanno precisati i ruoli e le competenze che la professione medica deve garantire a tutela del cittadino.*
5. *Rappresentare in tutte le sedi istituzionali e comunicare ai medici la non applicabilità della nuova normativa relativa alle certificazioni INAIL, sulla base delle criticità già segnalate dalla FNOMCeO, confermate anche da una recente comunicazione del Ministero della Salute*
6. *Respingere ogni tentativo di intromissione impropria nella autonomia di giudizio della Commissione Medica dell'Ordine di Bologna. L'autonomia delle Commissioni di Albo si esplica nel rispetto delle procedure di tutela previste dalla Legge e nella salvaguardia delle garanzie delle professioni protette, in coerenza con il Codice Deontologico.*
7. *Procedere all'organizzazione del prossimo Congresso di Rimini (19-21 maggio 2016) che sarà occasione per delineare l'evoluzione della professione medica in una logica di valorizzazione delle competenze e del merito.*

DELIBERA: **Pdl sulla Responsabilità medica**
Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, valutato l'ODG approvato in corso del Consiglio nazione degli ordini del 5.3.2016, condivisi i principi espressi in linea di principio, ha deliberato:
- L'acquisizione dello stesso e lo fa proprio;
- Integra l'Odg, in risposta alla richiesta della presidenza nazionale di fornire ipotesi e proposte in vista dell'audizione sulla PDL sulla responsabilità del 17 p.v. presso il Senato della Repubblica, con il un documento che fa parte integrante della delibera, presente come allegato B;
- Delega il Presidente Muzzetto a presentare e sostenere l'istanza a livello nazionale.

Si riporta integralmente il documento approvato come **allegato A e allegato B** al presente verbale facente parte della presente delibera.

Allegato A alla delibera n. 5 del 7 marzo 2016
OdG del Consiglio nazionale approvato all'unanimità il 5.3.2016, fatto proprio dal Consiglio Provinciale di Parma il 7.3.2016 sulla PDL sulla Responsabilità Professionale
- Pur apprezzando il notevole impegno profuso nel promuovere e portare ad approvazione in un ramo del Parlamento il DdL sulla responsabilità professionale medica e sanitaria finalizzato alla giusta tutela dei diritti del cittadino /paziente e restituire serenità all'esercizio professionale medico e odontoiatrico;

- fermo restando l'impegno a sostenere in tutte le sedi appropriate le proposte di emendamenti approvate all'unanimità nel Consiglio Nazionale del 12 dicembre 2015;
- si impegna il Comitato Centrale a sostenere nella prossima audizione in Commissione Igiene e Sanità del Senato del 17 p.v. i seguenti punti dichiarati ineludibili:
- che le linee guida di cui all'art. 5 siano elaborate di concerto tra Ministero della Salute, FNOMCeO, Società Scientifiche, Istituti Scientifici ed Università e validate da un autorevole Organismo Scientifico terzo qual è l'ISS;
- che il doppio binario della responsabilità contrattuale ed extracontrattuale non si traduca per il medico dipendente e convenzionato nella necessità di una copertura assicurativa anche del primo rischio oltre che per la rivalsa
- che l'istituto della rivalsa non determini, così come strutturato, con il ricorso al giudice ordinario una contrapposizione di interessi tra l'azienda ed il professionista e non innesti fenomeni di rivalsa anche per colpa lieve con ricadute di recupero crediti anche nei riguardi degli eredi;
- che la rivalsa resti nella competenza della corte dei Conti;
- che all'art. 7 si dica chiaramente che il comma 3 non è applicabile ai medici dipendenti e convenzionati ;
- che in tutto il DdL laddove si parla di responsabilità professionale sanitaria si dica "Responsabilità Medica e Sanitaria"

Allegato B alla delibera n. 5 del 7 marzo 2016

Il consiglio provinciale dell'Omceo di Parma nel far proprio l'Odg presentato in Consiglio Nazionale il g. 5.3.2016 intende integrarlo, quale contributo, con le seguenti osservazioni dandone mandato al sostegno presso la Presidenza Nazionale sui contenuti seguenti condivisi:

In relazione all'Odg approvato s'intende sollecitare la valutazione dei vari articoli del testo prevenuto inviatoci dalla FNOMCeO, in particolare relativamente ai concetti e ai principi espressi in merito alla PDL sulla "Responsabilità medica e delle professioni sanitarie" in discussione in seno alla Commissione XII Igiene e Sanità del Senato, di cui è nominato relatore il sen. Amedeo Bianco, **si presentano alla valutazione del Presidente Nazionale Chersevani e del Comitato centrale** le seguenti osservazioni, chiedendo nello specifico un'eventuale, e auspicata, rivalutazione dei seguenti articoli e punti:

- **Articolo 5**, con riferimento alla dizione delle linee guida differenziandole per la professione medica, nell'ambito delle pertinenze specifiche, e delle professioni sanitarie;
- **Art.6** riguardo la valutazione della colpa in cui sia garantita la determinazione della colpa definita, e che sia conseguenza, non tanto in base all'osservanza o meno delle linee guida quanto alle **raccomandazioni mutuate dalla valutazione clinica da parte del medico** - e da nessun'altra professione sanitaria – in cui il giudizio clinico sia prevalente, in quanto legato al problema specifico di salute e non dimensionabile o interpretabile con una sola linea guida, in non possibili linee guida sulle polipatologie, in cui la differenza vien data dall'ammalato e dalla necessità di un giudizio mutuato piuttosto da più linee guida , con aspetti giuridici a partire dalla sentenza Franzese e Andreotti
- **Art.7** la cui valutazione va riferita nell'ambito delle responsabilità aquilana o estracontrattuale e contrattuale sancite dagli aa. 1218 **Responsabilità del debitore e 1228 Art. 1228 Responsabilità per fatto degli ausiliari).**
- **Comma 2 dell'art. 10** la cui riscrittura si rende necessaria laddove tratta dei termini assicurativi e dell'individuazione dei criteri di stipula dei contratti assicurativi secondo le leggi enunciate nella proposta (incomprensibile con tutti richiami di leggi dalla Balduzzi in poi)
- **Comma 3 dell'art.12** con la definizione riguardo ***la pericolosa rivalsa dell'impresa d'assicurazione verso l'assicurato*** nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o ridurre la propria prestazione, creando di fatto un ulteriore effetto destabilizzante in ambito di rivalsa, se non meglio specificata, per cui si arriverebbe a tre situazioni limite:
  1. Alla doppia rivalsa Stato-Azienda vs medico dipendente e Assicurazione dipendente
  2. Rivalsa Assicurazione vs medico libero professionista
  3. Disdetta assicurativa vs dipendente in attività libero professionale, e indipendentemente da essa, e vs il libero professionista con effetto di non poter esercitare a fronte dell'obbligo assicurativo. A fronte di ciò non vi è un possibile richiamo ad una futura legge che ponga rimedio e vada a normare questo aspetto.

PATROCINI:

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Parma ha deliberato di concedere il patrocinio alle seguenti iniziative:

- 2 aprile 2016 – Aula Congressi AOPR - Neurofibromatosi: il centro di parma, presentazione e aggiornamenti, Dott. Edoardo Caleffi
- 20 maggio 2016 – Salsomaggiore - "La medicina in modalità palliativa", Dott. Alessandro Gatti
- 17 settembre 2016 – Borgotaro – "La pneumologia per l'internista nel paziente complesso", Dott. Michele Meschi

---

Altre questioni agli ordini del giorno hanno riguardato questioni amministrative e organizzative interne.

I NOSTRI LUTTI

Medicus miles contra mortem
mortique ipse subjectus

Partecipa con profondo cordoglio al lutto dei familiari per la scomparsa dei colleghi:

Antonella Pezzani
Di anni 61
Deceduta il 20/11/2016

Giuseppe Facconi
Di anni 84
Deceduto il 27/11/2016

Fabio Beltrame
Di anni 88
Deceduto il 01/12/2016

Vivetta Maschi
Di anni 59
Deceduta il 25/12/2016

Prof. Gianluigi Grzincich
Di anni 72
Deceduto il 31/12/2016

Raoul Vincenzo Santini
Di anni 78
Deceduto il 03/01/2017

OBESITY WEEK

X edizione della settimana per la prevenzione dell'obesità e per un corretto stile di vita.
Parma, 1-8 Ottobre 2017

WWW.OBESITYWEEK.INFO

PRESIDENTE Leone Arsenio SEGRETARIO Federico Cioni
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E GESTIONE EDITORIALE Mattioli 1885 Srl
Strada della Lodesana 649/sx, 43036 Fidenza (PR) Tel 0524-530383 – Fax 0524-82537 E-MAIL info@obesityweek.info

GEMINI
POLIAMBULATORIO PRIVATO
DI MEDICINA SPECIALISTICA

Gemini Medicina Specialistica S.r.l.
Parma - P.le Badalocchio 3/a
Tel. 0521 985454 - Fax 0521 983027
www.geminimedicina.it
segreteria@geminimedicina.it

Orario di Apertura
08,00/20,30 - **Sabato** 08,00/13,00

EQUIPE MEDICA

ALLERGOLOGIA *Dott. Sergio Scarpa*

ANDROLOGIA *Dott. Carlo Maretti*

ANESTESIOLOGIA E TERAPIA ANTALGICA *Dott. Luigi Follini*

CARDIOLOGIA *Prof. Claudio Reverberi*
Ecocardiogramma *Dott. Pietro Pisciotta*
ECG - ECG da sforzo
Holter cardiaco
Holter pressorio
Check-up cardiologico

CHIROPRATICA *Dott. Giovanni Tarasconi*

CHIRURGIA DEL PIEDE *Dott. Francesco Caravaggio*
Dott. Luca Berni

CHIRURGIA GENERALE *Dott. Carlo Salvemini*
Dott. Dario Somenzi

CHIRURGIA PLASTICA *Dott. Giovanni Bianco*
Dott. Andrea Morellini
Dott.sa Monica Osti

CHIRURGIA PROTESICA ARTICOLARE *Prof. Aldo Guardoli*
Dott. Alberto Guardoli

CHIRURGIA DELLA SPALLA *Dott. Dario Petriccioli*
Dott. Michele Arcangelo Verdano

CHIRURGIA VASCOLARE *Prof. Gioacchino Iapichino*
Prof. Pier Franco Salcuni
Dott. Dario Somenzi

DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA *Dott.ssa Paola Bassissi*
Dott.ssa Carla Maria Costa
Dott.ssa Maria Giovanna Marinelli
Dott.ssa Elena Tognetti

DIABETOLOGIA *Prof. Antonio Pezzarossa*
Dott. Sergio Michele Tardio

DIETOLOGIA *Dott.ssa Maria Angela Dallasta*
Dott.ssa Alice Sabatino (Nutrizionista)

ENDOCRINOLOGIA *Prof. Giuseppe Robuschi*
Prof. Antonio Pezzarossa

EPATOLOGIA *Prof. Giovanni Pedretti*

FISIATRIA *Dott.ssa Daniela Delaidini*
Dott.ssa Pieremilia Lusenti
Dott. Luca Schianchi

FISIOTERAPIA *Fis. Luca Bertoli*
Fis. Filippo Soncini

GASTROENTEROLOGIA *Prof. Angelo Franzè*
Dott.ssa Maria Angela Dallasta

GENETICA MEDICA *Dott. Nicola Marziliano*

GINECOLOGIA *Prof. Danilo Debiasi*
Colposcopia *Dott.ssa Francesca Gazza*
Ecografia *Dott.ssa Patrizia Greci*
Pap-test *Ost. Francesca Rolli*
Tamponi

LOGOPEDIA *Log. Elena Iiritano*

MALATTIE INFETTIVE *Prof. Giovanni Pedretti*

MEDICINA INTERNA *Prof. Antonio Pezzarossa*
Prof. Pier Paolo Vescovi

MEDICINA DELLO SPORT *Prof. Alberto Anedda*

NEUROCHIRURGIA *Dott. Pier Giorgio Baldi*
Dott. Eugenio Benericetti
Prof. Gianpaolo Paini

NEUROLOGIA *Dott. Augusto Scaglioni*

NUTRIZIONISTA *Dott.ssa Alice Sabatino*

OCULISTICA *Prof. Giuseppe Nuzzi*
Perimetria Computerizzata *Ort. Stella Fico*
tomografia a coerenza ottica-OCT

ONCOLOGIA *Dott. Guido Ceci*
Dott.ssa Beatrice Di Blasio

ORTOPEDIA *Proff. Francesco Caravaggio*
Dott. Luca Berni
Dott. Riccardo Capparuolo
Dott. Alberto Guardoli
Prof. Aldo Guardoli
Dott.ssa Pieremilia Lusenti
Dott. Dario Petriccioli
Dott. Michele Arcangelo Verdano

OSTEOPATIA *Fis. Luca Bertoli*

OTORINOLARINGOIATRIA *Prof. Fabio Piazza*
Dott. Guido Bacchi
Dott. Enrico Pasetti

PNEUMOLOGIA *Prof. Angelo Cuomo*
Dott. Roberto Capra

PROCTOLOGIA *Dott. Carlo Salvemini*

PSICHIATRIA *Dott Paolo Ampollini*
Dott.ssa Clelia Chinni
Dott.ssa Silvia Codeluppi
Dott. Mauro Mozzani

PSICOLOGIA *Dott.ssa Francesca Palombi*

RADIOLOGIA *Dott.ssa Silvia Bassi*
Ecocolordoppler *Dott. Francesco Ferrozzi*
Ecografia *Dott.ssa Gabriella Durante-Martina*
Radiografia *Dott. Eugenio Isgrò*
Ortopantomografia *Dott. Giovanni Marchitelli*
Mammografia e senologia *Dott. Giulio Pasta*
Risonanza Magnetica Aperta *Dott. Claudio Tosi*
Dott. Mario Uccelli

REUMATOLOGIA *Dott. Giovanni Delsante*
Dott.ssa Elvira Rocca

SENOLOGIA *Dott. Pierluigi Piccolo*

UROLOGIA *Prof. Pietro Cortellini*
Dott. Daniel Martens

GEMINI

RISONANZA MAGNETICA APERTA
RADIOLOGIA COMPUTERIZZATA
ECOGRAFIA
PRELIEVI (SI ESEGUONO OGNI TIPO DI ANALISI, PAP-TEST, TAMPONI)

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification

Direttore Sanitario Prof. Claudio Reverberi, Specialista in Cardiologia - Aut. San. prot. N. 47188 del 15/03/2011 e succ. provv. di aggiornamento

SISTEMA DI QUALITA' CERTIFICAZIONE INTERNAZIONALE