



BOLLETTINO

ANNO XXXV - Novembre 2004 N° 11

notiziario



Numero Verde

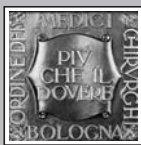
IN QUESTO NUMERO

- GUIDA ALLA PENSIONE DEI MEDICI OSPEDALERI
- PIANO SANITARIO REGIONALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA**

Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 Bologna - Tel. 051.399745 - Pubblicazione mensile - Spedizione in A.P. 45% - articolo 2 comma 20/b legge 662/96 Filiale di Bologna

www.odmbologna.it



**ORGANO UFFICIALE
DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BOLOGNA**

BOLLETTINO NOTIZIARIO 11/04

**ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA**

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Paolo Cernuschi

DIRETTORE DI REDAZIONE
Dott. Fabrizio Scardavi

COMITATO DI REDAZIONE
Dott. A. Stefano Crooke
Dott. Carlo D'Achille
Dott.ssa Mohamed-Alamin Munita
Prof. Gianfranco Morrone
Dott. Sergio Scoto
Dott. Mauro Voza
Dott. Marcello Zanna

DIREZIONE E REDAZIONE
Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 4
Telefono 051.399745
Contiene I.P.

*I Colleghi sono invitati a collaborare
alla realizzazione del Bollettino.
Gli Articoli sono pubblicati a giudizio
del Comitato di Redazione*
Pubblicazione Mensile
Spedizione in A.P. - 45%
art. 2 comma 20/b - legge 662/96
Filiale di Bo

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Ottobre 2004 è stato
consegnato in posta il giorno 18/10

INDICE

EDITORIALE

Il telefono: ...la tua voce 3

DALLA FEDERAZIONE

Del Barone invita il Ministro Castelli a garantire il rispetto
dei medici sottoposti ad indagine 4

Risposta all'articolo comparso l'8 ottobre u.s. 5

Del Barone: tutti gli ambiti professionali interessati possono
contribuire a frenare l'aumento dell'assistenza farmaceutica 6

Parere del Consiglio di Stato sull'istituto dell'annotazione
di cui all'art. 13 L. 3 febbraio 2003, n. 14 7

I COLLEGHI SCRIVONO

Accomodatevi 9

Pubblicati due nuovi fascicoli della rivista Alcologia 12

La medicina cinese 12

Tabella delle affinità analogiche 14

NOTIZIE

Comunicazioni in merito alla presentazione delle pratiche
radiologiche ai sensi dell'Allegato VII D. Lgs. n. 230/95
modificato dal 241/2000 e dal 187/2000 15

Medici disponibili per attività professionali 16

Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile e Disturbi
del Comportamento Alimentare 18

Campionati mondiali di tennis dei medici 19

Piano Sanitario Regionale 1999-2001 30

Miniguída per una rapida consultazione alle pensioni
dei Medici Ospedalieri 35

CONVEGNI CONGRESSI

Acalasia esofagea, malattia da reflusso, ernia iatale:
Gold standard laparoscopici 59

Il governo clinico della sindrome metabolica 59

Seminari formativi su "La relazione psicoterapeutica" 60

Una rivoluzione in chirurgia colonproctologica 60

V Workshop - Endometriosi: malattia sociale? 61

La difficoltà della terapia, il bisogno della cura 61

La conoscenza della morte 62

Alma oftalmologia ecm 2005 62

PICCOLI ANNUNCI 63

**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BOLOGNA**

Presidente

Dott.ssa NICOLETTA LONGO

Vice Presidente

dott. FRANCESCO BIAVATI

Segretario

Dott. SERGIO SCOTO

Tesoriere

Dott. MICHELE UGLIOLA

Consiglieri

Dott. PAOLO CERNUSCHI

Dott. FABRIZIO DEMARIA

Dott. MARIO LIPPARINI

Dott.ssa PAOLINA MISCIONE

Dott.ssa MUNIRA MOHAMED-ALAMIN

Dott. ALVISE PASCOLI

Dott. FABRIZIO SCARDAVI

Dott. GIOVANNI ATTILIO TURCI

Dott. MASSIMO VALENTINO

Dott. FERNANDO VITULLO

Dott. MAURO VOZA

Consiglieri Odontoiatri

Dott. FEDERICO BONI

Dott. MAURO VENTURI

Collegio Revisori dei Conti

Dott. ANTONIO CURTI (Presidente)

Dott. NICOLA ANGELINO (effettivo)

Dott.ssa PATRIZIA BARILE (effettivo)

Dott. ANDREA BONFIGLIOLI (supplente)

Commissione Odontoiatri

Presidente: Dott. ALESSANDRO NOBILI

Segretario: Dott. CARLO D'ACHILLE

Componenti: Dott.ssa LIA RIMONDINI

Dott. FEDERICO BONI

Dott. MAURO VENTURI

Il telefono: ...la tua voce

Una delle più recenti iniziative istituzionali è stata la creazione di un numero verde al quale rivolgersi per segnalare disfunzioni e carenze del Servizio Sanitario.

Dopo la sua creazione il telefono è stato subissato da numerosissime telefonate che hanno conseguentemente denunciato carenze e inadempienze riscontrate nelle strutture per opera del personale medico e sanitario.

Ovviamente tutte le strutture sono fallibili e tutte le persone possono svolgere in maniera non perfetta la propria attività, sebbene non tutti i casi siano necessariamente di malasanità.

È più facile colpire l'attenzione con numeri e dati statistici a sfavore, tuttavia ben raramente si ricordano quelle azioni mediche, ottime nel metodo e nel merito, che invece circondano e permeano la società civile.

Si potrebbe proporre la creazione anche di un altro numero (quello della "Buona Sanità"), al quale segnalare le innumerevoli azioni, quali ad esempio:

- la diagnosi precoce di quadri patologici non chiari
- la migliore utilizzazione delle risorse disponibili
- le azioni di volontariato sanitario, strutturato o occasionale
- la disponibilità dei Colleghi più esperti a spiegare un po' di medicina
- l'assistenza medica puntuale, anche e soprattutto se non clamorosa, ai pazienti più gravi
- la prevenzione delle patologie endemiche

Agire in modo costruttivo e propositivo, aiutare chi è malato, riconoscere i meriti dovuti è sicuramente più faticoso.

Forse è più facile fare una telefonata di reclamo.

Il Direttore

COMUNICATO STAMPA

IL PRESIDENTE DELLA FNOMCEO
IN UNA NOTA AL RESPONSABILE DEL
DICASTERO DELLA GIUSTIZIA STIGMATIZZA
LA FUGA REITERATA DI NOTIZIE RISERVATE

Del Barone invita il Ministro Castelli a garantire il rispetto dei medici sottoposti ad indagine

→ Il Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone, di fronte alle numerose notizie apparse sulla stampa riguardanti medici coinvolti nell'inchiesta Glaxo ed altro, ha inviato al Ministro Castelli una nota per sollecitare una maggiore discrezionalità da parte degli ambienti giudiziari.

“Di recente si è verificato che la Procu-

ra di Verona – si legge nella nota – abbia inviato alle Procure competenti per territorio i fascicoli dei medici coinvolti nella vicenda Glaxo. Queste notizie ed altre relative ad episodi simili, sono state oggetto di numerosi articoli su alcune testate giornalistiche, generando, come è facilmente immaginabile, un clima fortemente denigratorio nei confronti dei sanitari interessati e di tutta la categoria medica, clima che ha reso possibile casi come quello del prof. Francesco Mercuriali, morto suicida nei giorni scorsi”.

“Mi permetto di chiederLe pertanto – scrive ancora Del Barone – di intervenire affinché notizie che dovrebbero essere riservate, perché relative a posizioni di sanitari sui quali non sono stati ancora accertati i fatti, non siano divulgate e rese di dominio pubblico, quasi a voler imprimere una “visione scandalistica dei fatti”, anticipando così un giudizio di colpevolezza tutt’altro che scontato. Simili atteggiamenti, del tutto censurabili, contribuiscono a destabilizzare il principio di fiducia che deve essere alla base di qualsiasi rapporto tra cittadino e medico”.

“Con l’auspicio che la magistratura proceda il più rapidamente possibile nella definizione delle esatte responsabilità mettendo fine a illazioni e false informazioni che ingannano il cittadino e screditano la figura del medico, colgo l’occasione – ha concluso il Presidente della FNOMCeO – per ribadire che gli Ordini professionali faranno la loro parte nel sanzionare, ove esistenti e provati, i comportamenti contrari alla dignità della professione medica”.

Risposta all'articolo comparso l'8 ottobre u.s.

*Al Direttore Responsabile de
"Il Resto del Carlino"*

→ Illustre Direttore, nella mia qualità di Presidente dei Medici italiani ma anche di sanitario che per 45 anni è stato al fianco dei suoi malati come medico di famiglia, non posso rimanere indifferente dinanzi alle stravaganti affermazioni di un Suo giornalista, Paolo Russo, che sulla nostra professione, ha elucubrato l'8 u.s., sul quotidiano che Lei autorevolmente dirige, affermando "40 secondi a paziente per 5.000 Euro al mese".

Quello che ha scritto è mirabolante e dimostra faciloneria, malevolenza e assoluta impreparazione su un argomento importante quale quello che vede il medico di famiglia impegnato nella tutela della salute dei suoi pazienti.

Basterebbe una semplice moltiplicazione per poter dire al Sig. Russo che se i 50.000 medici di famiglia italiani avessero tutti 1.500 assistiti, l'Italia, anziché gli attuali 55 milioni di abitanti, ne avrebbe 75 milioni, il che vuol dire, invece, che la media degli assistiti per medico è inferiore ai 1000 pro capite.

Non esistono i 5000 € netti al mese, esistono le trattenute di legge, le spese per la locazione dello studio, le spese per la macchina, per il telefono, per l'energia elettrica, per l'aggiornamento professionale, per l'infermiera, etc. etc.

Posso tranquillamente affermare che la cifra di fatto percepita è inferiore a 2 € al mese per assistito. Consideri tale cifra, per piacere, e provi a dire se sia sufficiente per il sostentamento della famiglia qualora il medico abbia un pacchetto di 500-600 assistiti.

È su questo esempio che l'operaio metallurgico sbandierato dal Sig. Russo dovrebbe fare la sua battaglia.

Quaranta secondi per una visita? E dove le mettiamo le telefonate a tutte le ore, le miriadi di visite ambulatoriali, i controlli richiesti in maniera qualche volta esagerata, le visite domiciliari, le ricerche di un posteggio, una famiglia tutta dedicata alle risposte, ai chiarimenti, con la distruzione di fatto di qualsiasi rapporto familiare nel quale non sia sempre compreso l'essere a disposizione, nel nome della socialità e dell'amore per il prossimo, di qualche assistito?

Le statistiche parlano chiaro e il medico di famiglia è senz'altro il meno discusso e il più ben voluto e tutto ciò avviene malgrado l'ipertrofia che i mass-media dedicano (e l'articolo del Sig. Russo lo prova abbondantemente) ad ogni concetto di malasanità per il più delle volte non viene provata.

Non mi dilungo per non dare l'impressione di voler tentare una difesa di ufficio ma dico solo che sono onorato di rappresentare una classe neanche lontanamente toccata dalla malevola e inesistente considerazione del suo giornalista.

Se riportare cose in maniera artatamente falsificata significa tutelare la libertà di stampa, allora vuol dire che la libertà, quella vera, non esiste e, come afferma Voltaire, senza libertà è meglio morire.

Grato per la pubblicazione, mi abbia cordialmente.

On. Dr. Giuseppe Del Barone

COMUNICATO STAMPA

IL PRESIDENTE DELLA FNOMCEO
GIUSEPPE DEL BARONE COMMENTA I DATI
PRESENTATI DA FEDERFARMA

Del Barone: tutti gli ambiti professionali interessati possono contribuire a frenare l'aumento dell'assistenza farmaceutica

→ Il Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone, con l'intento di contribuire a fare chiarezza in un settore, quello dell'assistenza, di primaria importanza per la collettività, è intervenuto nel dibattito sorto dopo la presentazione dei dati sulla spesa farmaceutica, da parte di Federfarma. Non c'è dubbio – ha dichiarato Del Barone – che esista la possibilità, attraverso la collaborazione delle varie componenti interessate, di perseguire la logica del risparmio senza per questo penalizzare il livello delle prestazioni e la tutela del paziente. Il mio timore, però, è che l'alternativa ad una rigida politica di controllo della spesa farmaceutica, soprattutto a carico dei medici, possa promuovere un incontrollabile ricorso ai ricoveri ospedalieri, soprattutto in quelle realtà regionali dove non sono in vigore i ticket.

Pertanto ben venga un più massiccio ricorso ai farmaci generici e ad interventi volti ad eliminare quelle anomalie esistenti tra i prezzi di prodotti omogenei inseriti nel Prontuario Terapeutico, redatto certamente non dai medici.

Entrando nel merito delle prescrizioni e quindi nell'attività del medico – ha continuato il Presidente della FNOMCeO – è bene ricordare che quest'ultimo prescrive secondo scienza e coscienza, che il suo ambulatorio è un luogo di sofferenza e non di promozione di beni di consumo e che l'ampia propaganda scientifica, (ad esempio sui prodotti ipocolesterolenizzanti, antinfiammatori, gastroprotettici, solo per citarne alcuni), spinge giustamente il cittadino, sempre più attento alla propria salute, a richiedere terapie innovative e di ultima generazione, con conseguente aumento dei costi per l'assistenza farmaceutica.

D'altronde, è proprio grazie all'evoluzione della medicina nel suo insieme, che le aspettative di vita sono salite a 84 anni per le donne e a 78 per gli uomini.

Tuttavia, la responsabilità del controllo della spesa – è bene ricordarlo – è demandata alle Regioni e, in ogni caso non si comprende perchè dal monitoraggio suggerito da Federfarma (controllo medico per medico e paziente per paziente), vengano escluse le farmacie, alcune delle quali non sono esenti da atteggiamenti volti a consigliare e promuovere farmaci più costosi, anticipando a volte anche le confezioni delle specialità medicinali.

Per concludere – ha detto ancora Del Barone – condivido la necessità di attivare un percorso informativo che faccia perno su tutte le categorie interessate (amministratori, farmacisti, medici, industria) anche per una equa ridistribuzione delle responsabilità, nel rispetto delle regole vigenti sul Prontuario, note CUF e appropriatezza prescrittiva, norme purtroppo non seguite da tutti ed evitare che esistano “angeli” (i farmacisti) e i “diavoli” (i medici). Tenendo sempre presente che il protagonista nella difesa della salute è e rimarrà sempre il malato.

Parere del Consiglio di Stato sull'istituto dell'annotazione di cui all'art. 13, L. 3 febbraio 2003, n. 14

→ Il Ministero della salute con l'allegata nota trasmessa alla Federazione in data 16 settembre 2004, ha inviato copia del parere del Consiglio di Stato sull'interpretazione dell'art. 13, ultimo comma, L. 3 febbraio 2003, n. 14.

Il parere del Consiglio di Stato è stato espresso dalla Sez. I in data 5 maggio 2004, su apposita richiesta del Ministero della Salute.

Si ricorda a questo proposito che il Consiglio di Stato, Organo ausiliario del Governo, oltre a compiti di carattere giurisdizionale, svolge compiti di consulenza giuridico-amministrativa e di tutela della giustizia nell'amministrazione (v. art. 100, Costituzione).

I quesiti posti dal Ministero della Salute erano i seguenti:

- 1) se l'introduzione della professione di odontoiatra, rendendo obbligatoria l'iscrizione al relativo albo, abbia fatto venir meno la legittimazione ad esercitare l'odontoiatria per coloro che sono iscritti al solo albo dei medici chirurghi, conseguentemente prevedendo, anche per i medici indicati dall'art. 19 della Direttiva 78/686/CEE, il requisito della doppia iscrizione per svolgere entrambe le attività di medico chirurgo e di odontoiatra;
- 2) se (ed eventualmente in quali limiti) i laureati in medicina e chirurgia, regolarmente autorizzati ad esercitare la professione medica, possano continuare ad esercitare le attività inerenti alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle anomalie e delle malattie dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti senza essere iscritti nell'albo degli odontoiatri e soltanto sulla base della espressa previsione di cui all'art. 19 Direttiva 78/686/CEE;
- 3) se dopo l'abrogazione dell'art. 5 della L. 409/1985 i laureati in medicina e chirurgia, in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico e già iscritti nell'albo dei medici con annotazione ai sensi del citato art. 5, possano continuare ad esercitare la professione di dentista senza essere iscritti anche all'albo degli odontoiatri.

VILLA BARUZZIANA

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE NERVOSE**

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo - Specialista in Psicologia

BOLOGNA - V. DELL'OSSERVANZA, 19

CENTRALINO: TEL. 051 580 395

AMBULATORI: TEL. 051 644 7852

UFFICIO PRENOTAZIONI RICOVERI:

TEL. 051 644 0324 - FAX: 051 580 315

e-mail: villabaruzzianafn@intervision.it

Aut. San. n. 44940 del 13/03/2003

In riferimento al primo quesito il Consiglio si è pronunciato in senso favorevole alla doppia iscrizione, ritenendo che le modifiche operate con la L. n. 13 del 2003 e con il Dlgs. N. 277 del 2003 alla L. 409 del 1985 abbiano reso obbligatoria, per l'esercizio dell'odontoiatria, l'iscrizione al relativo albo professionale ed abbiano fatto venir meno la possibilità di esercitare tale professione con la sola iscrizione all'albo dei medici chirurghi.

Quanto al secondo quesito, la Sezione ha osservato che, ai sensi dell'art. 2 della L. n. 409 del 1985 "le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prescrizione ed alla riabilitazione odontoiatriche" costituiscono oggetto della professione di odontoiatra. Tali attività, nel sistema della L. 409/1985, possono essere svolte soltanto da soggetti iscritti all'albo degli odontoiatri. L'art. 19 della Direttiva n. 78/686/CEE (citato nel quesito) riguarda il riconoscimento a determinate categorie di soggetti del diritto di svolgere l'attività di dentista, ma non si occupa del diverso problema, di competenza degli ordinamenti nazionali, relativo all'identificazione dell'albo professionale al quale, a tal fine, occorre iscriversi.

In relazione all'ultimo quesito, viene ribadita l'indispensabilità per i laureati in medicina e chirurgia, in possesso del diploma di specializzazione in campo odontoiatrico, di iscriversi all'albo degli odontoiatri per l'esercizio della relativa attività; i medesimi, comunque, potranno continuare ad esercitare la professione per il tempo strettamente necessario al conseguimento dell'iscrizione nell'albo innanzi citato".

Il Ministero ha sollecitato la Federazione affinché ne venga data notizia agli Ordini provinciali ricordando che lo stesso Ministero, ovviamente, non rinviene motivi per discostarsi dall'orientamento espresso dal Consiglio di Stato.

Facciamo presente che il parere del Consiglio di Stato e la comunicazione del Ministero della Salute al riguardo sono pienamente in linea con gli orientamenti più volte espressi in passato dalla Federazione sulla materia e che nessun diritto acquisito viene leso, considerato che i medici specialisti legittimamente in possesso dell'annotazione ex art. 5, L. 409/85, possono continuare ad esercitare la professione odontoiatrica attraverso l'iscrizione al relativo albo professionale.

In sostanza, il parere del Consiglio di Stato ha confermato che, a seguito dell'abrogazione dell'istituto dell'annotazione (art. 13, L. 14/03), oltre ai laureati in Odontoiatria e Protesi dentaria, possono esercitare l'Odontoiatria, iscrivendosi all'Albo degli odontoiatri e mantenendo l'iscrizione all'Albo dei medici, le seguenti categorie di medici:

- i medici (specialisti in campo odontoiatrico o non) immatricolati al relativo corso di laurea prima del 28 gennaio 1980;
- i medici immatricolati al relativo corso di laurea negli anni accademici dal 1980-81 al 1984-85 che hanno superato le prove attitudinali per l'iscrizione all'Albo degli odontoiatri di cui al Dlgs 386/98;
- i medici specialisti in campo odontoiatrico immatricolati negli anni accademici dal 1980-81 al 1984-85. Si ricorda che, ai sensi del DM 18/9/2000, sono considerate specializzazioni in campo odontoiatrico soltanto le seguenti:
 - 1) Odontoiatria e Protesi dentaria
 - 2) Chirurgia odontostomatologica
 - 3) Odontostomatologia
 - 4) Ortognatodonzia.

Restiamo a disposizione per quant'altro possa occorrere a chiarimento di questa importante pronuncia del Consiglio di Stato.

Cordiali saluti

Giuseppe Del Barone

Accomodatevi

→ L'articolo di Paolo Russo, pubblicato su "Il Resto del Carlino Quotidiano Nazionale" del 08.10 u.s., intitolato "Quaranta secondi a paziente per 5000 euro al mese", risulta estremamente offensivo ed umiliante nei confronti di una categoria, quella dei medici di famiglia, che sta lavorando con un contratto scaduto ormai da quattro anni. I 5000 euro al mese, urlati con tanta enfasi e disgusto dal giornalista, purtroppo non rappresentano, come lui sostiene, lo stipendio netto del medico di famiglia. Sono gli emolumenti lordi con i quali i medici di famiglia massimalisti si pagano affitti, tasse rifiuti, luce, riscaldamento, pulizie, telefoni e attrezzature degli studi, lo stipendio all'eventuale segretaria, l'auto lavorativa, il medico sostituito durante le ferie e la prima settimana di malattia, la liquidazione di fine rapporto, il conguaglio IRPEF, l'iscrizione all'Albo, l'ENPAM, la tassa ONAOSI, l'assicurazione professionale e qui mi fermo. I medici di famiglia, inoltre, non hanno gli stipendi garantiti. Ogni cittadino, infatti, è assolutamente libero di recusare in ogni momento quel medico che non corrisponda fino in fondo alle proprie attese. Due euro scarsi al mese per assistito sembrano ancora troppi? Accomodatevi. Anche il giornalista Russo, se vuole, può iscriversi alla facoltà di medicina e percorrere l'intero iter. Non vorrei però che, leggendo il suo articolo, qualche giovane s'iscrivesse alla facoltà di medicina pensando veramente d'arricchirsi lavorando come medico di base. Dopo sei anni di corso e il triennio di specializzazione in medicina generale, altri sette anni circa scorrono nel precariato più assoluto in attesa della convenzione. Non è finita. Altri 10 anni sono in media necessari per arrivare ad un massimale che spes-

so però non sarà mai raggiunto. I medici con 1500 scelte in carico non sono affatto la maggioranza. In realtà, checché ne scrivano i giornalisti, gli emolumenti dei medici di famiglia italiani sono ormai tra i più bassi d'Europa, tanto che da qualche tempo è in atto un'emigrazione verso l'Inghilterra. Sotto i mille assistiti, le spese professionali sono comunque da pagare e con gli stipendi attuali non si arriva a fine mese. Quando poi il giornalista Russo scrive che un medico massimalista dedica 40 secondi a paziente, non sa, o finge di non sapere, che non tutti gli assistiti in carico ad un medico devono essere visitati ogni settimana d'ogni mese. Ci mancherebbe! La media è, per un massimalista e in periodo di bassa morbilità come l'attuale, di circa 20 persone al giorno, che equivalgono circa a 100-120 assistiti ogni settimana. Ciò vuol dire dedicare circa 10 minuti ad ogni accesso, comprendendo in tale computo anche quei pazienti che, non essendovi alcun limite al numero d'accessi, né alcun ticket da pagare, a volte richiedono una semplice misurazione di pressione, una medicazione o una ripetizione di ricetta. L'orario d'apertura degli studi per quindici ore settimanali, riportato con tanta enfasi dal quotidiano, è poi semplicemente l'orario minimo d'apertura da garantire, orario che può persino raddoppiare nei periodi d'alta morbilità. Qualora non si operi per appuntamento, nessun assistito che si rechi presso lo studio del proprio medico nell'arco dell'orario d'apertura può essere rifiutato dal medico, a costo di lavorare fino a notte inoltrata. Per altre 20-30 ore settimanali un medico massimalista è impegnato in visite programmate o integrate a domicilio, in corsi d'aggiornamento obbligatori, in ambulatori dedicati al diabete o in semplici visite domiciliari, spesso richieste impropriamente per patologie anche banali, magari per non fare la fila o per non atten-

dere la propria prenotazione in ambulatorio. Durante il periodo influenzale, spesso si eseguono dieci visite domiciliari al giorno, con il telefono che squilla incessantemente. Come chicca finale, nello stesso articolo, il giornalista Russo (sic!) tesse l'elogio delle UTAP, poliambulatori centralizzati gestiti dalle ASL che, nelle intenzioni del ministro Sirchia, dovrebbero in futuro sostituire gli ambulatori dei medici di famiglia, per garantire una presenza dei medici 24 ore al giorno sette giorni su sette. Come può, un giornalista in buona fede, plaudire chi intende sostituire gli studi dei medici di famiglia, distribuiti capillarmente su tutto il territorio nazionale, con un'Unità Territoriale d'Assistenza Primaria (una specie

di pronto soccorso di serie B gestito dall'ASL), ogni 10.000 abitanti? Non si chiede il giornalista: "Come ci andrà poi il nonnino dal dottore, in bicicletta?" Non si chiede: "E quale medico troverebbe poi il cittadino presso l'Utap se i turni di lavoro in tale pronto soccorso di serie B saranno necessariamente a rotazione?". Il medico di famiglia oggi è l'unico operatore della sanità che il cittadino conosce personalmente e sceglie liberamente. Non sarà un caso se in ogni sondaggio la figura del medico di famiglia risulta la più gradita del Sistema Sanitario. Nonostante i giornalisti.

Dr. Marcello Zanna
Addetto stampa SNAMI - Bazzano (BO)

→ Egregio Direttore, in qualità di Vice Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna, ma soprattutto quale Medico di famiglia, mi sia consentito il diritto di replica in merito a ciò che compare a pagina 9 del giorno 8/10/04 del quotidiano da Lei diretto "Quaranta secondi a paziente per cinquemila euro al mese".

L'estensore dell'articolo afferma che un medico "massimalista" (chi segue 1.500 pazienti) guadagna 5.000 euro netti al mese; come potrà vedere dalla mia "busta paga", che Le allego e che Lei è autorizzato a pubblicare, se lo vuole, l'onorario lordo mensile per un massimalista è di circa 6.000 euro, che diventano 4.637 detratte le trattenute di legge; tale cifra viene poi ridotta a 2.500-3.000 euro mensili (equivalenti a circa 2 euro al mese per paziente!) detratte le spese per la locazione dello studio (spese che possono giungere, nella nostra città, anche a 1.000 euro mensili), per l'acquisto di un'autovettura e relativo carburante, per bollette varie (energia elettrica, acqua, telefono, riscaldamento...) per spese per aggiornamento professionale, per spese

per il sostituto (è bene rammentare che il Medico di famiglia deve pagare di tasca propria chi lo sostituisce nei periodi di assenza per ferie e malattia, che sono per lui non previste essendo un libero professionista), per non parlare delle spese per l'infermiera, ormai sempre più rara non rientrando nel budget alla portata del "Medico di base".

Le cifre suddette si riferiscono ad un professionista che curi 1.500 pazienti; la media però, è di circa 1.000 pazienti per medico e quindi l'onorario per la maggioranza dei Colleghi è di circa 2.000 euro mensili, cioè quanto guadagna, per 13-14 mensilità un impiegato di medio livello, con responsabilità indubbiamente minori e che ha iniziato a guadagnare ben prima dei 35/40 anni del Medico (Medico che deve superare sei anni di corso di laurea più tre di specializzazione più vari anni di saltuaria attività quale sostituto).

Quanto poi ai 40 secondi dedicati alla visita di ogni singolo paziente, sfido l'autore dell'articolo a recarsi nello studio di un qualsiasi Medico di famiglia per controllare il tempo medio dedicato ad ogni "utente" e l'orario complessivo di attività

ambulatoriale giornaliera (senza contare i consigli telefonici e le visite domiciliari che ogni Medico effettua quotidianamente).

La realtà dei fatti, incontrovertibile in quanto certificata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è che il Sistema Sanitario Italiano è considerato, pur con tutte le sue pecche, tra i migliori al mondo, secondo dopo quello francese ma con costi nettamente inferiori, specie per la medicina di famiglia e che il cardine del sistema è costituito dal medico di famiglia.

Tutti i sondaggi, fra l'altro, sono concordi nell'affermare che questa figura è la più amata dai pazienti ed è, alla pari dei Carabinieri, al primo posto, come gradimento ed affidabilità fra i cittadini tutti, nonostante le ricorrenti campagne diffamatorie dei mass-media!

Le risibili accuse di mancanza di "disponibilità" ("la reperibilità" è prevista solo per i dipendenti e viene adeguatamente retribuita) e di "riluttanza" ad eseguire le visite domiciliari sono smentite dalla realtà dei fatti.

Se l'autore dell'articolo ha le prove di comportamenti non deontologici da parte di uno o più medici faccia un esposto

al competente Ordine dei Medici, faccia i nomi dei colpevoli e non lanci accuse generiche che gettano fango su tutta la categoria.

Quale esponente dell'Ordine dei Medici di Bologna chiedo alla stampa di mostrare maggior rispetto nei confronti di una categoria che, salvo rarissime eccezioni, opera con umanità, competenza e professionalità, con retribuzioni indegne di una nazione civile (2 euro al mese per curare un paziente libero di recarsi dal proprio Medico curante gratis ogni volta che lo desidera!).

È bene non dimenticare che i Medici sono sempre più di frequente esposti a denunce per mala sanità, denunce che il più delle volte si risolvono con l'assoluzione del Medico dopo che questi è stato sbattuto come "mostro in prima pagina" (esemplare il caso del Collega della nostra città accusato ingiustamente per la morte di una paziente, massacrato dai mass-media e poi assolto **perché totalmente innocente** dopo essersi suicidato per non aver retto ad una situazione divenuta insostenibile).

Il Vice Presidente
Dott. Francesco Biavati



VILLALBA
HOSPITAL

GRUPPO VILLA MARIA

VILLALBA HOSPITAL è una struttura privata polispecialistica appartenente al Gruppo Villa Maria di consolidata esperienza nel campo dell'Alta Specialità.

Le principali prestazioni erogate della Struttura sono:

- CARDIOLOGIA, CHIRURGIA GENERALE, CHIRURGIA TORACO VASCOLARE
- CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE-RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA
- NEUROCHIRURGIA, ORTOPEDIA, GINECOLOGIA ED OTORINCO
- DIAGNOSTICA - TAC E RMN, POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO

Copertura Privata (Assicurative o Fondi Sanitari)

Villalba Hospital - Gruppo Villa Maria Sp.A
Via di Roncizio 25 - 40136 Bologna - tel. 051.644.30.11
www.gvm-val.it – email: info@gvm-val.it

Aut. PG 109040 del 21.11.2002

COMUNICATO STAMPA
Bologna, 12 ottobre 2004

Publicati due nuovi fascicoli della rivista *Alcologia*

→ Dopo l'interruzione della pubblicazione nel 2002, sono stati pubblicati in questi giorni due nuovi fascicoli della Rivista quadrimestrale *Alcologia*.

Con queste uscite viene completata l'annata 2002 e coperta l'intera annata 2003. La rivista è pubblicata con il patrocinio della Società Italiana di Alcologia (SIA).

Sono stati pubblicati nella prima settimana di ottobre 2004 due nuovi fascicoli della Rivista quadrimestrale "Alcologia - European Journal of Alcohol Studies".

Si tratta del **fascicolo doppio** (N. 2-3/2002, maggio-dicembre 2002, Vol. 14) che completa l'annata 2002 e del **fascicolo triplo** (N. 1-2-3/2003, gennaio-dicembre 2003, Vol. 15), che copre l'intera annata 2003.

Entrambi i fascicoli contengono contributi in lingua italiana e inglese; **per la prima volta le due versioni (ITA/ING) sono**

state rilegate assieme, in brossura, con copertina bianca (ITA) e verde (ING).

La rivista aveva sospeso la pubblicazione nel 2002, dopo l'uscita del fascicolo N. 1/2002 (gennaio-aprile).

COS'È ALCOLOGIA

Alcologia viene pubblicata quadrimestralmente da Eurohealth Editors, **con il patrocinio della Società Italiana di Alcologia (SIA) e il contributo di Laboratorio Farmaceutico C.T.**

La rivista intende promuovere uno scambio di opinioni ed informazioni su patologie e problemi alcol-relati, droga-relati, comportamenti e stili di vita.

Particolare attenzione viene data a questi argomenti dal punto di vista medico, sociologico, psicologico, epidemiologico, economico, legale e di igiene pubblica.

Direttori della rivista sono:

Giovanni Gasbarrini (Direttore Responsabile), Remo Naccarato, Calogero Surrenti.

Il Consiglio Editoriale è composto da: Valentino Patussi, Mario Salvagnini, Giuseppe Francesco Stefanini.

Il Comitato di Redazione è composto da: Valentino Patussi, Giovanni Addolorato, Giovanni Greco, Davide Mioni.

Eurohealth Editors

ha sede a Bologna,
in Via Santo Stefano 57, presso MCC s.r.l.

continua dal numero precedente

La medicina cinese

I meridiani

Le due energie yin e yang formano e fan-

no funzionare tutti gli organi del corpo umano. Questi sono in comunicazione fra loro, attraverso particolari canali energetici chiamati "meridiani". Questi "fiumi" hanno percorsi sia profondi che superficiali, cioè cutanei, ed è per questo che è possibile disegnare sulla cute una vera e propria "rete idrica" delle due energie e degli organi che controllano.

In ogni meridiano sono individuabili dei particolari punti (trecentosessanta in tota-

le) su cui è possibile intervenire con la terapia attraverso l'agopuntura: ogni punto stimolato con gli aghi dal medico esperto in medicina cinese può accelerare, rallentare, tonificare, disperdere, mettere in comunicazione, bloccare l'energia del meridiano e quindi dell'organo corrispondente, riequilibrandolo con tutti gli altri. La conoscenza di questi punti e del percorso dei vari meridiani da parte del medico è di estrema utilità per la terapia ma, prima ancora, per effettuare una diagnosi esatta del disequilibrio energetico in atto, del quale le malattie sono una conseguenza.

Yin e yang in medicina

Il nostro organismo è strutturato in yin e yang: la zona alta del corpo è yang, quella bassa è yin; la schiena è yang, il ventre è yin; la pelle è yang, l'interno è yin. Anche all'interno del corpo umano possiamo classificare i vari organi come yin e yang. Ciò che è cavo è yang, cioè lo stomaco, l'intestino tenue, l'intestino colon, la cistifellea e la vescica. Ciò che è pieno e compatto è yin, cioè il fegato, il cuore, il polmone, la milza e il rene. Gli organi yin sono deputati all'immagazzinamento, alla trasformazione; gli organi yang sono responsabili dell'assimilazione, dell'assorbimento, dell'eliminazione. Tutti funzionano associati gli uni agli altri e l'insieme è un equilibrio dinamico tra le forze yin e yang che circolano nel corpo.

Salute e malattia

La salute dipende da un corretto equilibrio tra yin e yang e **la malattia** deriva da uno squilibrio tra queste due forze. Yin e yang, corpo e spirito, materia e funzione, hanno bisogno l'uno dell'altro per esistere, crescere e prosperare, trasformando-

si continuamente l'uno nell'altro e nutrendosi reciprocamente.

Non può esistere lo yin senza lo yang, perché questo è la base dello yin e viceversa. La vita è il reciproco controllo dello yin nei confronti dello yang, dello yang nei confronti dello yin, e la malattia è una disarmonia nel loro equilibrio: uno dei due tende a essere troppo abbondante o troppo scarso. La conseguenza sarà che avremo un eccesso di un tipo di energia e una carenza dell'altro e quindi il corpo, non più in equilibrio, sarà facilmente aggredito da una serie di fattori esterni.

Le cause di malattia

Le malattie sono causate da tre fattori diversi:

- il fattore *cielo* (cause climatiche)
- il fattore *terra* (cause alimentari)
- il fattore *uomo* (cause ereditarie, costituzionali e psichiche).

L'uomo è inserito tra il cielo e la terra, con i quali deve essere in equilibrio; se al suo interno vi è un buon equilibrio yin-yang la salute è conservata; se, invece, vi è uno squilibrio yin-yang, nel rapporto con il cielo (fattori climatici) e nel rapporto con la terra (fattori alimentari) può insorgere la malattia. A tale proposito anche la moderna biologia occidentale insegna che nemmeno il virus o batterio più aggressivo provoca malattia, se il corpo possiede un buon equilibrio qualitativo e quantitativo, ormonale, psichico e immunitario; tutto, dunque, sembra originare, sia per la salute che per la malattia, dentro l'uomo. Vedremo più avanti quanto sia importante la costituzione personologica nella prevenzione e nella difesa delle malattie.

Dott. Mauro Voza

DAL MONTE DOTT.SSA DERNA Medico chirurgo Specialista in: STOMATOLOGIA MALATTIE DELLA BOCCA e PROTESI DENTARIE Aut. Sanitaria n° 108 del 21.03.2000	DAL MONTE MAZZOLI DOTT.SSA ALESSANDRA Laureata in: ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA Aut. Sanitaria n° 107 del 21.03.2000	BOLOGNA Via Emilia Lev. 80 Tel. 051 49 21 05 IMOLA Via Cavour, 104 Tel. 0542 24 212	AZIENDA CON SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ CERTIFICATO DA DNV =UNI EN ISO 9001:2000=
--	--	--	--

TABELLA DELLE AFFINITÀ ANALOGICHE

Elementi	Legno	Fuoco	Terra	Metallo	Acqua
Azione sull'energia	Muove verso l'alto	Fa circolare verso le zone esterne superiori	Distribuisce sviluppa	Raccoglie Mette in	Conserva Immobilizza
Conseguenze fisiologiche	Esteriorizzazione	Espansione	Trasformazione	Interiorizzazione	Ripiegamento
Effetti caratteristici	Contrazione	Agitazione	Eruttazione	Tosse	Tremore
Periodi della vita	Nascita	Crescita	Maturità	Declino	Morte
Estrinsecazione psicofisica	Collera Grido	Riso-gioia Loquacità Logorrea	Canto	Lamenti Pianti Sospiri	Gemito Grugnito
Modo comportarsi	Audace	Legato alle convenienze	Autocontrollato	Cauti	Malizioso Furbo
Virtù	Bontà	Spirito rituale Gravità-serietà	Buona fede Onestà	Equità	Sapienza Saggezza
Carattere	Estroverso Aggressivo	Espansivo	Riflessivo	Introverso	Volitivo Spontaneo
Peculiarità intellettuali	Immaginazione	Capacità di giudizio	Riflessione	Facilità a memorizzare	Intelligenza
Sentimenti nocivi	Malcontento Irritazione	Dolore-Lutto Gioia eccessiva	Obsessione Timore rispettoso	Affanno-Ansia Rimpianto Tristezza	Paura
Conseguenze patologiche	Sale troppo	Si disperde	Si annoda Avvolge	Si accumula	Non sale più
Proprietà	Torsione Curvatura Raddrizzamento	Fiammeggiamento Salita	Accoglienza del seme e produzione dei frutti	Malleabilità Discesa	Umidificazione
Punto cardinale	Est	Sud	Centro-Sud-Ovest	Ovest	Nord
Stagione	Primavera	Estate	V Stagione	Autunno	Inverno
Organi	Yin Fegato	Yin Cuore	Yin Milza	Yin Polmone	Yin Rene
Visceri	Yang Cistifellea	Yang Intestino tenue	Yang Stomaco	Yang Intestino colon	Yang Vescica
Organi di senso	Vista Occhi	Tatto Lingua	Gusto Bocca-Labbra	Odorato Naso	Udito Orecchie
Manifestazioni cutanee	Unghie	Tinta	Labbra	Peli	Capelli
Distretto anatomico	Muscoli	Vasi	Connettivo Reticolo endotelio	Pelle Epiteli	Ossa Sistema nervoso
Colori	Verde-Blu	Rosso	Giallo	Bianco	Nero
Clima	Vento	Calore	Umidità	Secchezza	Freddo
Secrezioni	Lacrime	Sudore	Bava	Muco nasale	Saliva
Sapori	Agro-acido	Amaro	Dolce	Piccante	Salato
Odori	Rancido Puzzolente-fetido	Brucciato Soffocante	Dolciastro Profumato	Acre Nauseabondo	Di muffa Putrido
Suoni	Jao- (Do)	Zhi- (La)	Gong- (Mi)	Shang- (Mi)	Yu- (Sol)
Alimenti	Fruento	Grano Montone	Miglio giallo Manzo	Riso Pollo	Fagioli neri Porco

Comunicazioni in merito alla presentazione delle pratiche radiologiche ai sensi dell'Allegato VII D. Lgs. n. 230/95 modificato dal 241/2000 e dal 187/2000

→ L'Assessorato alla Sanità della regione Emilia-Romagna ha richiesto ai Dipartimenti di Sanità Pubblica di implementare l'archivio regionale delle pratiche radiologiche da Esso istituito. A tal fine si richiede cortesemente di diffondere l'informazione su come si devono compilare le pratiche radiologiche (comunicazione preventiva, variazione di pratica, cessazione di pratica) secondo quanto previsto dall'Allegato VII ed in particolare la pratica dovrà contenere i seguenti dati:

- generalità, codice fiscale e domicilio del richiedente. In caso di Società, denominazione e ragione sociale, codice fiscale e sede legale;
- descrizione della pratica, comprendente anche il processo di giustificazione;

- ubicazione locali;
- per ogni macchina radiogena, il tipo, l'energia massima di accelerazione, la corrente massima, numero di matricola;
- smaltimento dei rifiuti;
- classificazione delle zone ai sensi art. 82 del presente Decreto;
- modalità per la disattivazione dell'installazione;
- valutazione delle dosi per i lavoratori e per i gruppi di riferimento in condizione di normale attività;
- documentazione tecnica firmata dall'Esperto Qualificato;
- Nomina dell'Esperto Qualificato;
- Nomina del Medico Autorizzato (se necessario);
- Accettazione dell'incarico dell'Esperto Qualificato.

La variazione dei dati comunicati nonché la cessazione di pratica dovranno essere comunicati preventivamente.

Tali dati dovranno essere trasmessi ai Dipartimenti di Sanità Pubblica delle ex Aziende USL città di Bologna, Bologna Nord e Bologna Sud, competenti per territorio.

Per ulteriori informazioni è possibile fare riferimento a:

dott.ssa Carmen Verrina

Dipartimento di Sanità Pubblica - Area di Bologna - tel. 051/6079730

dott.ssa Daniela Zoni

Dipartimento di sanità Pubblica - Area Nord - tel. 051/6644727

dott.ssa Maurizia Zanini

Dipartimento di Sanità Pubblica - Area Sud - tel. 051/6224434

Dott. Fausto Francia

POLIAMBULATORIO PRIVATO

S. LUCIA

*Direttore Sanitario:
Dott. A. Longhi
Medico Chirurgo Specialista
in Oculistica*

P.G. n. 69914 del 6.4.2004

- **DIAGNOSTICA OCULARE COMPLETA**
- **TEST PER CHIRURGIA REFRAITTIVA**
- **SCREENING GLAUCOMA COMPLETO**
- **GDX - ANALISI FIBRE**
- **MICROPERIMETRIA**
- **LABORATORIO DI IPOVISIONE**
- **ORTOTTICA**
- **LASER ARGON-YAG**

DOTT. LUCIA SCOROLLI

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

DOTT. SERGIO ZACCARIA SCALINCI

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

DOTT.SSA MARIACHIARA MORARA -

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

Bologna - Via Murri 164 - Tel. 051 440822 - Fax 051 470627

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI AGGIORNATO AL 13/10/2004

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
AIUTO MARIA ELVIRA	Via Ghisiliera, 33 - Bologna	051/55.70.43 - 339/73.97.804
ANDALÒ FEDERICA	Via Calanco, 51 - Dozza Imolese	0542/67.90.51 - 338/90.31.414
BAKALLOUDIS GEORGIOS	Via Luna, 2 - Monterezenio - Bologna	340/70.52.782
BAIOCCHI MASSIMO	Via Montelungo, 6 - Bologna	347/44.32.960
BERNARDI ROBERTO	Via Mezzofanti, 10 - Bologna	051/39.95.28 - 349/56.80.207
BELLAN MARZIO	Via Batoli, 2 - Bologna	051/58.83.243 - 339/42.66.374
BIANCHINI SILVIA	Via Mengoli, 20 - Bologna	051/34.12.65 - 347/74.04.654
BLAZZO DANIELA	Via Parisio, 6 - Bologna	349/56.64.115
BLANDINO SIMONA	Via G. Bentivogli, 77 - Bologna	051/63.60.983 - 333/34.40.836
BONACCI NICOLA	Via Massarenti, 10 - Bologna	333/65.71.081
BONAVINA GIUSEPPE	Via Mura di Porta Castiglione, 3 - Bologna	051/58.01.97 - 340/29.79.142
BORRI FRANCESCO	Via Breventani, 10 - Bologna	051/61.54.817 - 397/53.31.438
BRILLANTE ROBERTO	Via Santa Maria, 34 - Lovere	347/65.18.530
BRUNO MARIA CARMELA	Via S. Isaia, 57 - Bologna	051/64.90.888 - 328/01.99.122
CALABRESE MONICA	Via F. Aciri, 9 - Bologna	051/22.72.08 - 340/90.99.868
CARBONE CATERINA	Via Massarenti, 222 - Bologna	051/34.74.66 - 348/76.33.402
CARUSO LORELLA	Via Berti - Bologna	051/55.40.79
CASAGLIA ALESSANDRO	Via Montanari, 22 - Bologna	051/34.15.72 - 348/56.32.577
CASATELLO MARIAPIA	Via S. Donato, 136 - Bologna	051/63.31.353 - 339/46.91.165
CECILIANO ROSA	Via Battistelli, 10 - Bologna	051/55.13.05 - 338/72.28.882
CONCORDIA ALESSANDRA	Via Vezza, 24 - Bologna	051/19.98.06.72 - 347/29.98.754
CONTINI PAOLA	Via Venturoli, 1 - Bologna	347/66.29.912
CONTINO GIUSEPPE	Via degli Orti, 20 - Bologna	051/62.34.188 - 338/24.59.454
D'ECCLESIA ANNA RITA	Via Orlandi, 3 - S. Lazzaro di Savena	329/71.26.175
DE TORAKI MARIA	Via Vizzani, 37 - Bologna	348/89.80.610
DI MARCO CHRISTIAN	Via Cremona, 90 - Pieve di Cento	349/84.49.981
FARZAMI ABBAS	Via Caduti di Cefalonia, 8 - Casalecchio di R.	348/29.48.316
FILIPOVIC RICCI BENEDETTA	Strada Maggiore, 40 - Bologna	051/23.99.47 - 328/44.54.744
FOCARDI EMANUELA	Via S. Giuliano, 3 - Bologna	051/39.82.80 - 347/52.08.162
FREO ELISABETTA	P.zza Martiri di Pizzocalvo, 5 - S. Lazzaro	051/46.44.88 - 328/00.60.967
FUCXHI NEVILA	Via Spina, 3 - Bologna	339/13.34.507
GAITANI STAVROULA	Via Macchiavelli, 12 c/o Brenzani	051/51.46.03 - 347/08.28.597
GASPARRONI VERUSCA	Via Carducci, 20 - Bologna	051/39.74.15 - 348/72.84.362
GHEDINI FEDERICA	Via Paolo Poggi, 62 - S. Lazzaro di Savena	051/58.71.259 - 347/88.55.709
GIAMPAOLETTI CLAUDIO	Via Achillini, 6 - Bologna	347/65.64.318
GIANNINI ENRICO	Via Murri, 80 - Bologna	335/81.02.481
GIANNUZZI ANTONIA ANGELA	Via S. Stefano, 46 - Bologna	347/23.34.184
GIORDANO MARIA CHIARA	Via Grossi - Torino	338/98.46.600
GROTTI SILVIA	Via M. Masia 2/3 - Bologna	
GUERNELLI BARBARA	Via Montelungo, 6 - Bologna	347/60.32.516
KURIA FREDRICK G.	Via Carpaccio, 6 - Bologna	380/42.51.331
LANCIANO ADALGISA	Via di Corticella, 264 - Bologna	051/70.25.23 - 328/21.89.847
LANZONI ELISABETTA	Via Emilia, 1502/D - S. Lazzaro di Savena	051/46.73.36 - 335/14.13.638
LUCANO ANGELO	Via Vallescura, 21 - Bologna	051/58.54.54 - 347/41.55.274
LUCCHETTA PATRIZIO	Via Pizzardi, 6 - Bologna	051/34.39.36 - 349/28.93.126
MAIDONI DAVARIS VERENIKI	Via H. De Balzac, 7 - Bologna	051/61.95.81 - 347/87.03.191

MASCITTI MONICA	Via Pizzardi, 61 - Bologna	051/36.25.55 - 347/15.86.365
MEO LUCIA	Via E. Zago, 4 - Bologna	051/24.73.53 - 339/24.79.500
MIRONE MARCO	Via Ferri, 7 - Bologna	328/27.40.035
MOSCARDELLI ELISA	Via Roma - Alba Adriatica	0861/71.45.20 - 320/30.09.747
MURARIU IOANA ADINA	Via Rizzoli - Granarolo Emilia	051/76.04.82 - 348/91.48.155
MUSCOLO PATRIZIA	Via Guerrini, 7 - Bologna	051/61.52.332 - 328/45.60.622
NOBILE STEFANO	Via Lombardia, 31 - Bologna	051/62.40.624 - 338/87.11.502
NWANGUMA VICTOR	Via Zampieri, 30/2 - Bologna	051/35.96.87 - 339/30.17.246
OZERI EITAN	Via Zacconi, 2	335/70.71.570
PALANDRI FRANCESCA	Via Micheli, 34 - Parma	349/71.16.012
PALMERINI EMANUELA	Via S. Rocco - Bologna	348/41.48.954
PARIS VIVIANA	Via Ravenna, 8 - Bologna	051/58.79.489 - 347/87.83.614
PEDRABISSI FABRIZIO	Via Caldara, 50/c - Soresina	333/36.67.883
PERRONE LILIANA GIGLIOLA	Via Zaccherini Alvisi, 10 - Bologna	328/21.68.981
PODETTI MARIO ANGELO	Via di Barbiano, 1/10 - Bologna	051/63.66.848 - 348/47.44.823
PUGLIOLI EMILO	Via B. Cellini, 11 - Bologna	333/30.75.111 - 051/53.30.09
RAIMONDI MONICA	Via Cartoleria, 12 - Bologna	051/58.77.351 - 347/21.14.517
RAPAGNANI MARIA PAOLA	Via Napoli, 3 - Bologna	051/46.25.97 - 349/126.88.54
RIZZO ALESSANDRA	Via F. Rocchi, 20 - Bologna	051/39.89.31 - 347/62.72.570
SABETTI ANNARITA	Via O. Palagi, 25 - Bologna	051/39.31.82 - 328/33.92.178
SAPIGNI LICIA	Via Gramsci, 26 - Gambettola	347/05.53.326
SASSI CLAUDIA	Via Carpaccio, 4 - Bologna	051/49.03.60 - 349/31.17.125
SPIGNONARDO VINCENZO	Via Lame, 116 - Bologna	051/52.10.04 - 329/62.17.975
STAFA ALTIN	Via Barberia, 24 - Bologna	051/33.99.442 - 349/58.70.970
VAGNONI SONIA	Via Paradiso, 21 - Bologna	051/27.18.01 - 347/84.39.130
VENTURA ELISABETTA	Via Pasubio, 61 - Bologna	333/22.05.287
VERONESI MARCO	Via Morini, 35 - Prunaro di Budrio	051/69.20.436 - 339/32.88.927
VETTORI CHIARA	Via Batoli, 2 - Bologna	051/58.83.243 - 333/84.24-610
VIOLA ANTONELLA	Via Malvasia, 18 - Bologna	051/55.66.16 - 340/59.08.330

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione	Telefono
AMABILE ANGELA	Allergologia e Immunologia Clinica	338/27.89.842
ANTONIONI MARCELLO	Gastroenterologia	333/53.69.458
CARLÀ ELIDE	Dermatologia e Venerologia	051/35.39.94 - 349/43.39.539
CASELLA GIORGIO	Formazione Specifica in Medicina Generale	339/84.86.356 - 051/75.11.04
CHESI ROBERTO	Odontoiatria	051/71.54.57 - 338/60.15.965
CRISCI CARMINE	Patologia Clinica	051/50.27.18 - 336/35.95.86
GAZZOTTI VALERIA	Medicina Fisica e Riabilitazione	347/76.28.388
LEONE VINCENZA	Fisiatria	051/24.97.63 - 347/73.42.537
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MALAGUTI ANNA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	051/64.47.361 - 339/65.92.595
MALISANO MONICA	Ginecologia e Ostetricia	051/65.57.388 - 335/81.39.799
MATTEINI PAOLA	Igiene e Med. Preventiva	051/44.32.41 - 339/48.19.676
MONTALTI ROBERTO	Chirurgia Generale	051/53.57.43
MUSIANI MARIA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/62.40.624 - 338/87.77.502
ROMEO DOMENICO	Otorinolaringoiatria	347/63.60.578
SANDRI LORENZA	Gastroenterologia	051/619.41.93 - 339/86.85.286
VISENTIN STEFANO	Pediatria Preven. e Puericoltura	051/23.13.29

Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile e Disturbi del Comportamento Alimentare

Direttore: Prof. Emilio Franzoni

Via Massarenti, 11 - 40138 Bologna

tel. +390516363653 - fax 051304839

e-mail: emilio.franzoni@unibo.it

**Dipartimento di Scienze Pediatriche
Mediche e Chirurgiche Azienda Ospedali-
era S. Orsola-Malpighi
Università di Bologna**

→ Istituita al S. Orsola Malpighi di Bologna l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile e Disturbi del Comportamento Alimentare (Centro di riferimento regionale per l'età evolutiva), diretta dal Prof. Emilio Franzoni (Università di Bologna).

Dal 1° Giugno 2004 è stata riconosciuta autonomia funzionale ed organizzativa alla struttura diretta dal Prof. Emilio Franzoni fino ad oggi articolazione interna dell'U.O. di Neonatologia che negli anni si è distinta per la competenza e l'alto valore specialistico delle prestazioni erogate.

La struttura è articolata in più livelli assistenziali:

- Reparto di degenza ordinaria con 10 posti letto;
- Day Hospital per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e Neurologico;
- Ambulatorio di Neurologia e DCA;
- Laboratorio di Neurofisiologia (elettroencefalogrammi, videopoligrafie, EEG-dinamico).

L'equipe è composta, oltre dal Prof.

Franzoni, da quattro medici specialisti: Valentina Marchiani, Filomena Moscano, Elisabetta Malaspina e Vittoria Tzolas, da quattro psicologi: Paola Gualandi, Alessandra Dallomo, Daila Capilupi e Leonardo Sacrato oltre a numerosi operatori (psicologi e pedagogisti) che vengono assicurati grazie all'importante contributo dell'**Associazione di Volontariato Famiglie neurologia Pediatrica - Fa.Ne.P.** la quale collabora con la struttura da oltre 20 anni. Caposala del reparto è la sig.ra Virginia Lepore che coordina le attività infermieristiche anche del DH e dell'ambulatorio.

Le principali patologie trattate riguardano le **epilessie, gli stati di male epilettico e di coma** (in collaborazione con la Rianimazione Pediatrica), le **cefalee, i ritardi psicomotori, le neurofibromatosi** (e tutte le malattie neurocutanee), le **malattie rare neurometaboliche e neurodegenerative, le paralisi cerebrali infantili e i disturbi del movimento, le malattie acute del sistema nervoso centrale e periferico.**

In particolare, dal prossimo 10 gennaio 2005, saranno in funzione ambulatori dedicati all'epilessia, alla cefalea, mentre sono già in essere quelli dedicati ai DCA e alle neurofibromatosi (questo in day hospital).

Inoltre l'Unità Operativa si occupa di **Disturbi del Comportamento Alimentare negli adolescenti in età evolutiva**; per questi casi, trattati con grande impegno anche sotto l'aspetto psicologico, vengono eseguiti trattamenti mirati e di tipo riabilitativo (psicofisico). Specifica attenzione è dedicata alla rialimentazione, anche parenterale o enterale e, quando necessario, viene instaurata anche una terapia farmacologica supportata da interventi con accesso venoso.

Lo staff medico e psicologico realizza, in ambito dipartimentale e aziendale, una importante attività di consulenza neurologica e sui DCA per pazienti ricoverati in

altri reparti per altra patologia con complicanze neuropsichiche.

Durante il ricovero, i giovani pazienti sono sottoposti ad indagini complesse, multidisciplinari, quali la diagnostica per immagini (RMN, TC, SPECT), la diagnosi neurofisiologica (EEG veglia e sonno, video-poligrafia, EEG dinamico-24 ore, potenziali evocati, EMG), e la diagnostica neurometabolica e neurogenetica (in

collaborazione con Centri regionali, nazionali e internazionali).

Nel 2003 sono state eseguite oltre 4000 prestazioni comprensive di laboratorio neurofisiologico e valutazioni cliniche ambulatoriali, circa 3000 accessi in day hospital e circa 300 ricoveri in regime ordinario per pazienti provenienti dal territorio bolognese, regionale e da tutte le regioni italiane.

Campionati mondiali di tennis dei medici

→ Nella splendida cornice del lago Worthersee a Porschach nella regione della Carinzia, si è svolto il XXXIV campionato dei medici, World Medical Tennis Society (WMTS) nell'ambito del Congresso internazionale "Anti Aging, Psychosomatic, Preventive and Sport Medicine" (ICAPPS).

Hanno partecipato all'evento svoltosi tra

il 21 ed il 26 agosto, 545 medici provenienti da tutto il mondo.

Grosse soddisfazioni per alcuni colleghi dell'ordine dei medici di Bologna.

Il dott. Marco Conti ed il dott. Antonio Aiuti hanno vinto il TITOLO MONDIALE di doppio: il primo nella cat. over 60 assieme al collega slovacco Jaroslav; il secondo nell'over 50 in coppia con il dott. Guido Gualandi di Modena.

Il dott. Giorgio Valdè con la moglie Manuela Monetti si sono confermati per il secondo anno consecutivo CAMPIONI DEL MONDO nel doppio misto over 40/45.

Tutti e tre i medici bolognesi si sono qualificati per le semifinali del torneo di singolare delle rispettive categorie.

CONGRATULAZIONI!!!!... e arriverdecì il prossimo anno in Poland.

CKF

POLIAMBULATORIO PRIVATO

CENTRO KINESI FISIOTERAPICO DI GIORNO s.a.s.

Direttore Sanitario: Dott. **LUCIO MARIA MANUELLI** - Medico Chirurgo Specialista in FISIOKINESITERAPIA - ORTOPEDICA e in ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA

• ONDE D'URTO • LASER NEODIMIO: YAG • LASER CO2 • TECAR • IPERTERMIA • MAGNETO T.E.N.S. • T.E.N.S. ACUSCOPE
• ELETTROSTIMOLAZIONI • ELETTROSTIMOLAZIONI COMPLEX • CORRENTI DIADINAMICHE • CORRENTI INTERFERENZIALI • CORRENTI FARADICHE • CORRENTI GALVANICHE • IDROGALVANO • IONOFRESI • INFRAROSSI • ULTRAVIOLETTI • ULTRASUONI • PARAFFINA • RADAR • MASSAGGIO • MASSAGGIO LINFODRENAGGIO MANUALE • TRAZIONI VERTEBRALI • KINESI • RIABILITAZIONE FUNZIONALE • RIEDUCAZIONE NEUROMOTORIA • RIABILITAZIONE RESPIRATORIA • MANIPOLAZIONI VERTEBRALI MANU MEDICA • R.P.G. RIEDUCAZIONE POSTURALE GLOBALE • ISOCINETICA • PALESTRA GENERALE

Autorizzazione Comune di Bologna P.G. 84545 del 21.05.2001

P.ZZA MARTIRI, 1/2 - 40121 BOLOGNA - ☎ 051 24 91 01 - 25.42.44 f.a. - Fax 051 42 29 343
e-mail: poliamb@ckf-digiorno.com - www.ckf-digiorno.com - Partita IVA 04141560377

continua dal numero precedente

Piano Sanitario Regionale 1999-2001

Le Cure palliative e l'assistenza nella fase terminale della vita

Il principio ispiratore della riorganizzazione dei servizi sanitari è basato sui livelli di intensità delle cure erogate in relazione ai bisogni assistenziali, sia in ambito ospedaliero sia distrettuale.

In questo contesto va realizzato il potenziamento degli interventi di terapia palliativa e antalgica e l'organizzazione del sistema delle cure palliative nelle sue articolazioni assistenziali quali le unità di cure palliative ospedaliere, residenziali e l'ospedalizzazione a domicilio.

Per quanto riguarda la terapia del dolore occorre precisare che tale modalità terapeutica è oggi efficacemente erogata per patologie croniche spesso invalidanti, e per patologie neoplastiche in fase terminale. Queste ultime sono parte integrante delle cure palliative mentre le prime sono attività che si inseriscono nel complesso più generale delle attività mediche da erogarsi in forma integrata tra ospedale e territorio. Attività per le quali viene previsto un apposito progetto nell'ambito delle Reti di tipo Hub & Spoke.

Il programma di assistenza alle persone nella fase terminale della vita si realizza sia con la continuità assistenziale assicurata da tutti i servizi coinvolti sia con l'attivazione di alcune strutture dedicate. Il programma di attuazione delle cure palliative prevede:

- la formazione ed aggiornamento agli operatori
 - il coinvolgimento ed il supporto ai familiari
 - l'attuazione di strumenti di monitoraggio e valutazione delle terapie palliative.
- Il programma di attuazione delle cure palliative prevede inoltre la realizzazione di strutture di ricovero dedicate alle cure palliative che abbiano requisiti strutturali ed organizzativi in grado di assicurare il nuovo approccio di assistenza globale. È necessario quindi attuare i principali percorsi assistenziali per rendere fruibili a questi pazienti:
- le strutture di degenza ordinaria e day hospital dedicate a pazienti acuti in ambito ospedaliero;
 - l'assistenza domiciliare integrata in ambito distrettuale;
 - attivare strutture di ricovero dedicate alle cure palliative per potenziare gli interventi di terapia palliativa, terapia del dolore;
 - realizzare l'ospedalizzazione domiciliare per i pazienti che necessitano al domicilio di interventi complessi di terapia del dolore o di controllo degli altri sintomi che richiedono una assistenza diretta dell'èquipe di cure palliative in regime di ospedalizzazione domiciliare.
- Attualmente questi pazienti sono seguiti nell'ambito ospedaliero presso strutture di degenza ordinaria e day hospital dedicate a pazienti acuti. In ambito distrettuale è stato realizzato il programma di assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase terminale. Tale attività ha permesso di assistere al proprio domicilio oltre il 39% dei deceduti per patologia neoplastica, realizzando un'assistenza domiciliare integrata nella quale sono stati coinvolti medici di medicina generale, specialisti ospedalieri e organizzazioni di volontariato.
- L'esperienza positiva di tale programma sperimentale ha evidenziato la necessità di verificare alcuni percorsi assistenziali ed ha individuato la necessità di potenziare gli interventi di terapia palliativa, terapia del dolore e di ridisegnare l'assetto organizzativo

delle strutture assistenziali dedicate alla cure palliative così come previsto dal piano sanitario nazionale e dalla legge 39/99.

La caratteristica principale di questi pazienti è quella di avere la necessità di un'assistenza globale basata sia su interventi medici specialistici quali il controllo del dolore e degli altri sintomi, ma anche e soprattutto di un supporto psicosociale e di una attenzione ai familiari che si prendono cura del paziente.

Questa modalità assistenziale richiede anche strutture di ricovero dedicate alle cure palliative che abbiano requisiti strutturali ed organizzativi in grado di assicurare questo nuovo approccio assistenziale.

Queste strutture di ricovero per le cure palliative possono essere inserite in un contesto ospedaliero quale struttura per postacuti per offrire assistenza a pazienti non curabili in fase avanzata di malattia per i quali sia necessario un supporto da parte della struttura ospedaliera per erogare assistenza complessa nelle fasi ultime.

Va sottolineato infatti che i due terzi dei pazienti necessitano di un controllo del dolore a volte ottenuto con interventi complessi.

Qualora le condizioni cliniche dei pazienti non curabili in fase avanzata di malattia lo permettano ed in presenza di volontà esplicita e di validità di supporto da parte della famiglia e da privilegiare sempre l'assistenza domiciliare integrata erogata dai MMG e dalle équipes distrettuali con la consulenza di medici specialisti. Tale modalità si inserisce nell'ambito del più ampio progetto di riorganizzazione delle cure domiciliari previsto dalla delibera di giunta regionale n. 124/99.

Una piccola percentuale di pazienti (10%) richiede al domicilio interventi complessi di terapia del dolore o di controllo degli altri sintomi tali da richiedere una assistenza diretta dell'équipes di cure palliative in regime di ospedalizzazione domiciliare.

Qualora non sia possibile l'assistenza domiciliare per fattori strutturali o di mancanza di un valido supporto familiare

è necessario realizzare strutture residenziali (Hospice) per le cure palliative che offrano al paziente il comfort e l'accoglienza della propria casa.

Hospice

1. Le indicazioni nazionali

Il PSN 1998-2000 prevede, tra gli obiettivi che è essenziale realizzare, l'ottimizzazione dell'assistenza erogata, nella fase terminale della vita, alle persone a cui, a fronte della impossibilità di attuare interventi risolutivi e della opportunità di evitare forme di accanimento terapeutico, resta comunque necessario garantire una assistenza palliativa, ovvero l'assistenza sanitaria, infermieristica, psicologica, sociale e di supporto generale utile per la gestione dei problemi indotti da malattie croniche in fase attiva, progressive, in stadio evolutivo avanzato, per le quali la prognosi è limitata, il decesso a breve termine è l'unico scenario prevedibile e il fulcro dell'assistenza è la qualità della vita.

In particolare, tra i punti critici dell'assistenza ai pazienti in fase terminale, è particolarmente rilevante la carenza di strutture, autorizzate e accreditate, che rispondano al modello dell'"hospice", intendendosi con questo ogni struttura organizzativa in grado di svolgere, a favore di pazienti con quadri morbosi in fase terminale, attività di cure palliative fondate su interventi obbligatoriamente coerenti con il principio della residenzialità che privilegi, in tutti i casi possibili, l'erogazione delle cure palliative al domicilio del paziente e nel medesimo tempo, quando ricorrano particolari condizioni, permetta di adattare i processi assistenziali alla severità dei bisogni in strutture appositamente create e rispondenti a criteri di organizzazione e operatività che ne permettano di distinguere comunque la natura non ospedaliera.

2. Obiettivi

Le finalità essenziali dell'hospice sono:

1) la definizione e la realizzazione di un programma di intervento personalizzato e appropriato, orientato al controllo dei sintomi come alla salvaguardia della dignità personale e della capacità di autodeterminazione, come alla garanzia del comfort e della facilitazione dell'espressione di collaborazione attiva da parte dei famigliari;

2) la realizzazione del programma di intervento al domicilio del paziente e, solamente quando ricorrano le condizioni di seguito esplicitate, in una struttura specificamente attrezzata e capace di costituire una valida alternativa al domicilio stesso;

3) l'accompagnamento alla morte e la preparazione e il supporto al lutto dei famigliari.

In particolare, un programma assistenziale di hospice, organizzato sulla base di fasi differenziate nel contesto delle quali sia specificato a quali, tra bisogni evolvuti per quantità e severità, si propone di dare risposta adeguata, deve essere in grado di garantire l'erogazione onnicomprensiva e integrata di assistenza domiciliare medica, infermieristica e specialistica, assistenza spirituale e psicologica, interventi di supporto alla famiglia, terapie e presidi per il trattamento del dolore e il sollievo dagli altri sintomi che comportano alterazioni decisive della qualità della vita, assistenza in condizioni di ricovero.

In questa fase della evoluzione del sistema sanitario regionale, le attività di hospice devono integrare e supportare, dal punto di vista sia organizzativo che operativo, i programmi sviluppati a livello del NODO di distretto. Pertanto, gli hospice che sono già operativi o che verranno attivati dalle Aziende, rispetto a quest'ultimo, potranno svolgere tre diverse funzioni di supporto, complemento o sostituzione.

La funzione di sostituzione è ammessa solamente nel caso della istituzione di team ospedalieri per le cure palliative, fortemente integrati con le funzioni di ho-

spice svolte a livello distrettuale e costituiti da medici e infermieri esperti, psicologi e operatori sociali operanti in reparti dedicati alla erogazione di assistenza in regime di ricovero basata su modelli non ospedalieri: ridotta intensità diagnostico-terapeutica tradizionale, non orientata alla esecuzione di manovre dirette a prolungare la vita e caratterizzata dal trattamento del dolore e degli altri sintomi più importanti presentati dai pazienti in fase terminale.

3. Criteri organizzativi e condizioni di eleggibilità dei pazienti

Per il triennio di validità del PSR, in conformità con la Legge 26/02/1999, n. 39 "Disposizione per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000" e al fine di assicurare a tutte le Aziende sanitarie la possibilità di partecipare attivamente all'esperienza, si ritiene di dare priorità a quei progetti che vedano coinvolte più realtà, in una logica di collaborazione interaziendale.

Alle attività di hospice con residenzialità domiciliare sono eleggibili pazienti non curabili in fase avanzata di malattia per i quali sia prevedibile, sul piano clinico e con un ragionevole grado di certezza, una sopravvivenza non superiore a 6 mesi e siano garantite volontà esplicita e validità di supporto da parte della famiglia.

Sebbene appaiano prioritariamente eleggibili per l'assistenza di hospice domiciliare i pazienti oncologici, si ritiene di suggerire la realizzazione di esperienze che vedano coinvolti pazienti con altre condizioni o patologie in fase terminale, anziani, pazienti con AIDS, nefropatici cronici non ulteriormente dializzabili, pazienti cardiopatici scompensati.

Alle attività di hospice con residenzialità ospedaliera sono eleggibili i pazienti non curabili in fase avanzata di malattia per i quali sia necessario un ambiente più attrezzato per erogare assistenza complessa nelle fasi ultime, oppure sia impossibi-

le conservare il paziente al proprio domicilio per esplicito desiderio dei familiari di non assistere al decesso del congiunto nel proprio domicilio, oppure per mancanza di supporto familiare.

Poiché, in ogni caso, è consistente il rischio di un'incoerenza tra risorse disponibili e domanda di hospice in condizione di ricovero, si ritiene di dover limitare le esperienze di istituzione di letti dedicati in conformità con il disegno di legge nazionale.

Per quanto concerne la collocazione strutturale degli hospice, essi potranno:

- derivare dalla trasformazione di parti di ospedali esistenti o essere contigue, a condizione che l'Unità di Cure Palliative abbia la medesima dignità delle altre discipline mediche e sia assicurata l'attivazione del team multidisciplinare per le Cure Palliative;

- essere sviluppate in strutture di degenza del sistema extra-ospedaliero, di cui sia comunque accreditata la conformità con i requisiti essenziali definiti per le Unità di Cure Palliative ospedaliere;

- essere realizzate in strutture completamente svincolate da strutture ospedaliere o di assistenza extra-ospedaliera, dovendo, in questo caso, operare come parte integrante dei servizi sanitari territoriali e in stretta connessione funzionale con i servizi di cure palliative.

L'accesso ai finanziamenti previsti dal Governo a supporto dell'obiettivo di po-

tenziamento dell'assistenza attraverso l'istituzione di strutture di hospice residenziale avverrà in subordine all'approvazione dei progetti da parte dell'Assessorato regionale alla Sanità che ne giudicherà la validità in conformità con i criteri qui espressi e al successivo eventuale accoglimento da parte del Ministero della Sanità.

Il Sistema regionale per l'assistenza ai traumi

1. Le indicazioni nazionali

Il PSN, concentrandosi sui determinanti di patologia traumatica più frequenti in Italia, fissa i seguenti obiettivi:

- riduzione della mortalità derivante dagli incidenti stradali in media del 20% e comunque non meno del 20% nella fascia di età 15-24 anni (in riferimento la situazione del 1993);

- riduzione degli infortuni domestici, con particolare riguardo alle categorie più a rischio (bambini e anziani);

- riduzione della frequenza di infortuni sul lavoro del 10% (rispetto alla situazione del 1996), con particolare attenzione ai settori produttivi a maggior rischio e per gli infortuni più gravi.

Le azioni volte al raggiungimento di tali obiettivi chiamano in causa prioritariamente i sistemi sociali (politica dei trasporti, comportamenti delle comunità e dei singoli individui, traffico, sicurezza




REG. N. 1888-A
UN EN 9001:2000

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

VILLA BELLOMBRA

RIABILITATIVO



Direttore Sanitario:

DOTT. GIUSEPPE GUERRA MEDICO CHIRURGO
Spec. in Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale e delle Assicurazioni

Responsabile di Raggruppamento:

DOTT. MARIA ROSARIA LEO MEDICO CHIRURGO
Specialista in Terapia Fisica e Riabilitazione

40136 BOLOGNA - VIA BELLOMBRA, 24 - Tel. 051/58.20.95 (2 linee)

P.G. 36486 del 15/3/01

stradale, ambienti di lavoro, ecc.).

Il Piano Sanitario Regionale, a completamento di questa logica, entra nel merito delle modalità di intervento rispetto all'assistenza ai traumi, essendo dimostrato che la qualità dell'erogazione dei servizi stessi (in termini di tempestività e appropriatezza degli interventi) influenza la mortalità e la disabilità secondaria alla patologia traumatica.

2. La situazione regionale

In Emilia-Romagna, l'incidenza dei traumi (in particolare dei traumi più gravi conseguenti a incidenti stradali) è in crescita e interessa prevalentemente le fasce giovanili della popolazione.

I traumi maggiori, pur assorbendo la maggiore quantità di risorse sanitarie, sono percentualmente poco frequenti: si stima che su tutto il territorio regionale ogni anno si verifichino circa 2.000-2.500 traumi gravi, pari al 5% della totalità dei traumi che determinano un ricovero in ambiente ospedaliero.

La distribuzione territoriale è disomogenea, poco influenzata dalla densità della popolazione residente e legata invece alle caratteristiche della rete stradale, ai flussi di traffico, allo sviluppo delle aree industriali, alla presenza di zone turistiche.

Il trauma cranico maggiore presenta l'incidenza più elevata (interessando più del 50% dei traumi gravi), seguito dal trauma toracico, dalle lesioni addominali maggiori e dalle lesioni mieliche del rachide.

La mortalità associata al trauma maggiore è molto alta, stimabile in circa il 45%, e presenta un andamento tipico in rapporto all'evento. Oltre la metà delle morti avviene "sul colpo", prima dell'arrivo dei soccorritori, oltre un terzo si verifica in ambito ospedaliero, mentre il restante 10% si divide in parti uguali tra decessi prima dell'arrivo in ospedale e decessi successivi alla dimissione dalla terapia intensiva.

È infine da tenere presente che esiste comunque una piccola quota di traumi

che ad una prima osservazione sembrano di gravità moderata ma vanno poi incontro, a breve-medio termine, ad una evoluzione negativa.

3. Il modello di intervento

Il modello di intervento sanitario comprende due aree fondamentali:

- iniziative di prevenzione primaria, attraverso il progetto "Prevenzione degli incidenti stradali", svolto in collaborazione con gli Assessorati regionali ai Trasporti e alle Politiche Sociali;
- lo sviluppo di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati (SIAT), che prevede centri ospedalieri guida (Centri Trauma - CT) di riferimento regionale per una rete di presidi collegati e funzionalmente integrati al fine di assicurare in rapporto ai diversi livelli di gravità del trauma, tempestività e continuità di intervento, appropriatezza del processo assistenziale, nelle diverse fasi di emergenza/urgenza, acuta, post-acuta e di riabilitazione intensiva ed, eventualmente, estensiva.

Al sistema concorrono tutti gli ospedali per acuti dotati di alcuni elementari requisiti specifici, specificati dai criteri di accreditamento, in grado di trasferire, quando necessario, i pazienti al CT in modo rapido ed efficace e di accettare il trasferimento dal CT dei pazienti in condizioni meno critiche.

L'assistenza ai traumi gravi richiede personale competente e preparato, tecnologie sofisticate, prontezza di risposta a costi ragionevoli. I centri idonei ed accreditati per erogare una assistenza appropriata al paziente traumatizzato grave devono necessariamente trattare un volume adeguato di casi, pari secondo gli standard correnti ad un numero di pazienti non inferiore a 500-1.000 casi per anno. L'integrazione tra Centri guida e strutture ospedaliere e di emergenza collegate permette a queste ultime di svolgere in modo ottimale un ruolo di filtro fondato sulla severità dei casi.

4. Criteri di organizzazione: il SIAT

Il SIAT è un sistema organizzativo e operativo che assicura il collegamento dell'insieme dei servizi e delle strutture sanitarie operanti su un determinato territorio, per fornire una risposta complessiva e appropriata a tutti i pazienti traumatizzati, a qualsiasi livello di gravità.

Il SIAT risponde a quattro criteri fondamentali:

a) Il SIAT è una funzione di collegamento di organizzazioni già esistenti, e non è una nuova struttura/organizzazione sovrapposta o affiancata all'offerta attuale.

– Lo sviluppo di questa funzione di collegamento presuppone:

– la creazione di un sistema informativo sui traumi;

– la definizione dei percorsi ottimali di assistenza per ciascuna grande categoria di trauma;

– l'identificazione del ruolo e delle funzioni di ciascuno dei servizi e degli ospedali presenti sul territorio di riferimento del SIAT;

– la messa a punto e l'applicazione, da parte delle Aziende sanitarie dell'area territoriale afferente al SIAT, di un piano di cooperazione destinato a chiarire le modalità con cui si ritiene di dare risposta ai pazienti traumatizzati in modo complessivo e appropriato.

b) Il SIAT è riferito ad un preciso ambito territoriale, in quanto ha la responsabilità di servire la popolazione presente (che risiede o, che transita) in una determinata area geografica.

I criteri essenziali di definizione dell'area di influenza comprendono:

– il numero di abitanti/presenti su un dato territorio, sufficientemente ampio, per produrre un gettito annuo di traumi gravi compatibile con standard operativi del CT qualitativamente accettabili;

– caratteristiche geografiche e urbanistiche del territorio, per garantire tempi di trasporto standard.

Sulla base di questi criteri, l'ambito re-

gionale può essere suddiviso in tre aree, corrispondenti ad altrettanti SIAT:

1. Romagna, che comprende le Aziende sanitarie di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini;

2. Emilia orientale, che comprende le Aziende delle Province di Bologna e di Ferrara;

3. Emilia centro-occidentale, che comprende le Aziende delle Province di Modena, Reggio Emilia, Parma e Piacenza.

c) Al SIAT concorrono tutte le Aziende sanitarie dell'area territoriale con tutti i servizi specificamente accreditati, che intervengono sia nella fase di emergenza pre-ospedaliera, che nelle fasi di assistenza ospedaliera in acuzie e post-acuzie.

Poichè l'efficacia del sistema (misurata in base alla capacità di prevenire sia le morti sia le disabilità evitabili) dipende dalla qualità delle azioni compiute da molteplici servizi, intra/extra-ospedalieri e intra/extra-aziendali, la forma di accreditamento più rispondente è quella che:

– riguarda il sistema di risposta, piuttosto che i singoli servizi;

– si basa prevalentemente su selezionati e significativi requisiti di performance e di esito, oltretutto su requisiti strutturali e organizzativi.

d) Dal momento che il SIAT è finalizzato a fornire una risposta complessiva e appropriata a tutti i traumi, di diverso livello di gravità, è necessario che:

– l'organizzazione del percorso assistenziale è assicurata dai (è responsabilità dei) servizi: ogni servizio ha il dovere, dopo aver adempiuto al proprio specifico mandato assistenziale, di farsi carico del passaggio in cura del paziente al servizio successivo;

– ogni paziente viene indirizzato, in base alla tipologia e alla gravità del trauma verso l'ospedale più appropriato. Il triage sul campo e l'assegnazione del paziente alla struttura più appropriata ricadono sotto la responsabilità e la competenza dei Servizi di emergenza territoriale

(118), mentre la supervisione e il controllo del funzionamento del sistema sono di competenza del Coordinatore del Trauma.

Il piano interaziendale di cooperazione per l'attivazione del SIAT definisce per ciascun ospedale/servizio afferente al SIAT, in base alle caratteristiche strutturali ed operative possedute, il contributo che può essere fornito per la gestione del trauma all'interno del sistema (fase assistenziale in cui interviene, tipo e livello di severità dei traumi, ecc.).

5. Criteri di organizzazione: il Centro Traumi

Nell'ambito dei SIAT individuati, uno degli ospedali della rete, dotato dei necessari requisiti assume il ruolo di Centro Traumi. Il Centro Traumi è la struttura ospedaliera che svolge la funzione di ospedale guida per i traumi maggiori all'interno del SIAT e assicura assistenza alla maggior parte dei pazienti con traumi maggiori provenienti dal territorio su cui insiste il SIAT stesso.

Tali ospedali hanno l'obbligo di mantenere un adeguato livello di addestramento nell'ambito della rete, di mettere in atto/organizzare l'assistenza intra e inter-ospedaliera secondo percorsi ottimali di assistenza, di "guidare" il SIAT in modo che la performance per il trauma maggiore si mantenga sui livelli standard.

6. Criteri e standard operativi per il disegno del sistema e l'accreditamento del SIAT

I punti critici per l'operatività del sistema sono:

- 1) la definizione dei criteri clinici in base ai quali un trauma è definito maggiore;
- 2) la definizione delle modalità di identificazione sul campo del paziente con trauma grave;
- 3) l'individuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici ottimali in base alle evidenze scientifiche;
- 4) la definizione del sistema di monito-

raggio della qualità dell'assistenza resa;

- 5) la definizione dei requisiti strutturali e operativi richiesti per l'accreditamento delle strutture e del sistema organizzativo, interno ed esterno.

La definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici per ciascuna categoria di trauma rappresenta uno dei punti cruciali del sistema, in quanto: (a) i piani cooperativi di azione delle Aziende sanitarie afferenti ad un SIAT devono basarsi su tali percorsi ed essere coerenti con essi; (b) l'accreditamento del SIAT si fonderà, oltre che su dati di esito e su caratteristiche strutturali, soprattutto sulla performance del sistema, ossia sul grado di adeguamento dei comportamenti ai percorsi in questione e sui suoi risultati.

Lo sviluppo dei punti critici relativi al "disegno del sistema" e ai requisiti richiesti per l'accreditamento e il monitoraggio della qualità sarà oggetto di uno specifico Documento di indirizzo regionale.

7. Relazioni tra le Aziende sanitarie operanti sul territorio afferente ad un SIAT e Aziende e Regione

Le Aziende sanitarie afferenti a ciascuno dei tre SIAT della Regione, al fine di rispondere al bisogno del territorio secondo i criteri definiti dai percorsi assistenziali predisposti da una specifica Commissione regionale, definiscono il programma cooperativo di intervento che intendono porre in atto, ossia disegnano, per l'area da loro controllata, il sistema di risposta che ritengono di poter realizzare con le risorse di cui dispongono ("Disegno del Sistema").

L'accreditamento dei SIAT si applica al programma cooperativo di intervento redatto dalle Aziende e tiene conto, oltre che dei requisiti strutturali posseduti, anche dei dati di performance e di esito.

Salute Mentale

Le moderne conoscenze scientifiche

hanno permesso alla psichiatria di completare il trattamento e la riabilitazione del disturbo mentale con la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio psichico a partire dai bambini e dagli adolescenti. Questo progresso delle teorie e delle tecniche terapeutiche è fortemente condizionato da due fenomeni. Da una parte si registra un aumento del carico dei disturbi mentali, in particolare nelle regioni ricche, e dall'altra un ridotto accesso delle persone ai servizi specialistici. La tendenza alla diffusione dei disturbi mentali è rilevabile dai dati dell'OMS: la depressione è nel 1990 la quarta causa nel mondo di Anni Vita Soppesati per Disabilità e sarà nel 2020 la seconda causa dopo la cardiopatia ischemica, con un notevole aumento delle persone con disabilità psichica.

L'accesso ai servizi viene evidenziato dagli studi epidemiologici sulla prevalenza dei disturbi mentali nella popolazione generale che dimostrano che solo una minoranza delle persone con disagio psichico o disturbo mentale si rivolge ai Servizi di salute mentale. Questi molteplici aspetti fanno capire che occorre incrementare la promozione della salute mentale, prevenire la disabilità psichica, migliorare l'accessibilità ai Servizi, facilitare la presa in cura globale, garantire la cura completa, permettere la riabilitazione e risocializzazione della persona, tutelandone i diritti umani fondamentali.

Con la istituzione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) aziendale, delibera di Giunta regionale del 31.3.98, si è inteso dare una risposta strutturale ai fenomeni prima richiamati proponendo una configurazione organizzativa dei Servizi basata sulla continuità e integralità del percorso assistenziale, e sulla interdisciplinarietà e l'intersettorialità della rete dei servizi. Questi indirizzi di innovazione organizzativa scientifica e organizzativa dei Servizi regionali rendono possibile, inoltre, la realizzazione delle indicazioni innovative del Piano Sanitario

Nazionale 1998-2000, contenute nel capitolo della Salute Mentale.

1. Le indicazioni nazionali

Il Piano Sanitario Nazionale rinvia al Progetto Obiettivo "della Salute Mentale" il programma specifico e fissa per il triennio 1998- 2000 due obiettivi di carattere generale che vengono assunti nel Piano Sanitario Regionale:

- 1) migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali;
- 2) ridurre l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per problemi di salute mentale.

Il primo obiettivo sposta l'attenzione dei Servizi dalla cura del disturbo mentale alla presa in cura e alla cura della persona, chiarendo che la efficacia del trattamento psichiatrico e psicologico va misurata non tanto sulla remissione della sintomatologia quanto sul reale miglioramento del funzionamento sociale della persona assistita.

Questo obiettivo sollecita la qualificazione del servizio pubblico per trattare prima possibile il disagio psichico con un programma di prevenzione e il disturbo mentale con un programma terapeutico integrato. L'attenzione ai problemi psicologici e mentali della persona viene richiamata in relazione alla inclusione sociale come condizione inalienabile dei cittadini. L'organizzazione multidisciplinare e intersettoriale dei Servizi dipartimentali è la dimensione operativa che deve permettere di fornire prestazioni tempestive e complete in modo da garantire il miglioramento continuo dell'assistenza dei servizi e della qualità della vita delle persone in cura.

Il secondo obiettivo di carattere generale, completa la promozione della salute mentale con l'indicazione della prevenzione degli esiti da disturbo mentale grave. L'intervento sui fattori di rischio e la tutela delle persone più esposte alla sofferenza mentale viene considerato obiet-

tivo prioritario con la delibera regionale istitutiva dei DSM.

Il problema delle condotte violente che coinvolge sempre più l'adolescenza e l'infanzia è un indicatore significativo della estensione del malessere psicosociale e della urgenza di organizzare le opportune risposte di contenimento e superamento. Si registra in tutti i paesi industrializzati un incremento dei tentati suicidi, in particolare nell'età evolutiva, e un aumento significativo dei suicidi tra i giovani compresi nella fascia di età 14-24 anni. Dai dati epidemiologici si evidenzia che tra coloro che hanno tentato il suicidio ben l'11% morirà per suicidio. La diffusione dei comportamenti di autoaggressività e di autolesionismo nella fascia di età giovanile porta a considerare la necessità di elaborare anche per la Regione Emilia-Romagna specifici programmi di prevenzione. La definizione di questi obiettivi di salute vanno approntati a più livelli con la integrazione delle istituzioni (in particolare Provveditorato agli Studi) e dei servizi sanitari e sociali che hanno a che fare con i giovani, in particolare con quelli più esposti al rischio e con le famiglie multiproblematiche. Il programma di prevenzione interistituzionale, intersettoriale e multidisciplinare per ridurre l'incidenza dei tentati suicidi e dei suicidi, trova a livello di Azienda e dei Distretti la sua naturale sede di integrazione e di operatività.

Nella definizione dei Piani per la Salute va perseguito l'obiettivo di riduzione della incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per problemi di salute mentale, organizzando una rete integrata dei servizi sanitari e sociali dipartimentali e interdipartimentali, e una cooperazione tra l'Azienda sanitaria e le altre istituzioni pubbliche e private del territorio. Il programma di prevenzione dei tentati suicidi e dei suicidi va in linea generale così articolato:

- prevenzione primaria: la finalità è quella di favorire il riconoscimento dei primi

segni del disagio psichico in modo da organizzare una prima possibile risposta. L'attenzione dei familiari, degli insegnanti, del medico di medicina generale e del pediatra di base va opportunamente formata per riuscire a cogliere i primi segni del giovane all'isolamento e a notare le prime manifestazioni di un possibile stato psicopatologico. In particolare va opportunamente attrezzata la comunità e le sue organizzazioni sociali, sollecitando la scuola ad evitare l'abbandono precoce, sostenendo la famiglia nella risoluzione dei problemi relazionali interni ed esterni al suo contesto e collaborando con il medico e il pediatra per superare una cultura dello stigma della malattia mentale e per favorire il trattamento precoce anche del semplice disagio psicologico. Di fondamentale importanza è la ricerca basata sulla somministrazione di self-report agli adolescenti per riuscire ad ottenere informazioni sugli aspetti psicosociali, di autostima, di disagio psichico o di malessere mentale;

- prevenzione secondaria: la finalità è quella di individuare e monitorare i gruppi sociali ad alto rischio. A livello della comunità bisogna informare e formare i giovani a rischio e le persone in contatto con loro, che le prime manifestazioni di una condotta autolesionistica vanno segnalate al medico e al pediatra di base per studiare la possibilità di un opportuno intervento. La scuola è la sede dove risulta più facile notare i primi segni di crisi, che si possono manifestare con segnali verbali, di scrittura, di comportamento, che se non sono isolati o episodici ma frequenti e concatenati vanno segnalati ai servizi sanitari di base e da questi a quelli specialistici. Di fondamentale importanza sono la costituzione di gruppi di auto aiuto, di sostegno alla famiglia e quando occorre di trattamento psicoterapico.

- prevenzione terziaria: la finalità è quella di dare un sostegno psicologico al gruppo degli adolescenti che hanno già

tentato un suicidio e al gruppo di coloro che erano in contatto con un giovane che si è suicidato. Per il primo gruppo il sostegno più appropriato è quello di un trattamento psicoterapico individuale o di gruppo, e quando occorre anche un trattamento psichiatrico, sapendo che la prevenzione ha buone possibilità di successo nonostante che la percentuale di ripetizione del tentato suicidio sia molto alta e la disponibilità a farsi aiutare molto ridotta. Per il secondo gruppo il sostegno psicologico mira a favorire una elaborazione del lutto senza una caduta nella drammaticità della morte ed a superare un "effetto imitativo" senza lasciarsi suggestionare dall'atto finale.

Questi tre livelli di prevenzione richiedono a livello del Distretto una rete integrata dei servizi sanitari e sociali interna ed esterna alla Azienda sanitaria, sapendo che qualsiasi enfattizzazione del fenomeno suicidio è negativa e può favorire la diffusione dei comportamenti violenti. Questi programmi di prevenzione richiedono un alto grado di professionalità, considerando che occorre mirare l'intervento ai soli fattori di reale rischio

2. Le indicazioni regionali

Gli obiettivi di "migliorare la qualità della vita" e di "ridurre l'incidenza dei suicidi" del Piano Sanitario Nazionale vengono integrati nel Piano Sanitario Regionale con altri due obiettivi di carattere generale:

- 1) miglioramento della qualità e della organizzazione dei Servizi di Salute Mentale;
- 2) facilitazione dell'accesso ai Servizi ed adeguamento della rete di assistenza.

Il primo obiettivo mette al centro della organizzazione e direzione il confronto e il consenso degli operatori sull'attivazione e sulla qualità delle prestazioni sanitarie. Il coinvolgimento di tutti gli operatori è il presupposto per la costruzione del catalogo dei servizi erogati, come risposta appropriata alla domanda di salute mentale dei cittadini e per la formalizzazione

di un sistema di garanzia della qualità, come continuo miglioramento dei Servizi in relazione alla valutazione degli obiettivi raggiunti. Per elevare la cultura della qualità e per organizzare un nucleo di operatori con specifiche competenze in ogni DSM viene avviato per il periodo (1999-2001) un Progetto regionale su "Lo standard di prodotto nei DSM tra garanzie per i cittadini e strumenti di pianificazione". Il Progetto vede la partecipazione di tutti i DSM della Regione e interessa tutta la popolazione utente dei DSM.

Il secondo obiettivo esige che l'organizzazione e il funzionamento dei servizi sia regolato sul miglioramento dei punti di accesso e sulla facilitazione del percorso della rete assistenziale. Questa attenzione al superamento di ogni barriera (culturale, logistica, organizzativa ...) che rende problematico al cittadino il potersi rivolgere al Servizio Sanitario, deve comportare non solo una più razionale dislocazione ed erogazione delle prestazioni ma una maggiore specializzazione dei servizi del DSM. La facilitazione dell'accesso è tale se corrisponde ad una reale capacità dei Servizi di accogliere prima possibile la domanda e di dare una risposta pronta, appropriata e globale. Questo obiettivo assume una grande rilevanza se viene finalizzato alla prevenzione del disagio psichico e della disabilità, e al trattamento precoce e completo del disturbo mentale. In questo contesto va inserito e sviluppato in ogni DSM il Servizio di Consultazione per la Medicina e la Pediatria di base, perché permette di elevare l'appropriatezza dell'indicazione verso i servizi sanitari e di rendere l'integrazione tra i servizi uno scambio di competenze e di strumenti operativi. A questo fine è attivato un Progetto regionale di "Integrazione dei medici e dei pediatri di base nei percorsi assistenziali del DSM" per il triennio 1999-2001 che vedrà la partecipazione dei 13 DSM della Regione. Al fine di creare una relazione di razionalità tra obiettivi di salute, modelli di orga-

nizzazione e allocazione delle risorse si individuano quattro aree di attività dei Servizi:

- 1) Promozione della salute mentale e prevenzione del disagio psichico, dei disturbi mentali e delle disabilità psicofisiche;
- 2) Pronta e completa risposta alla emergenza-urgenza;
- 3) Presa in cura e trattamento intensivo;
- 4) Riabilitazione e trattamento prolungato finalizzato al reinserimento sociale.

La prima area ha come riferimento funzionale la comunità locale, le organizzazioni della società civile e i servizi distrettuali del DSM, in forte e concreta collaborazione con gli Enti locali, quale contesto della articolazione dei servizi sanitari e sociali del territorio.

La seconda area ha come riferimento funzionale la rete dei servizi di assistenza e di ricovero del DSM (SPDC e Servizio Regionale di Psichiatria e Psicoterapia dell'età evolutiva in via di attivazione) e la interrelazione con l'Ospedale generale, il Servizio "118" e il Servizio di Guardia medica prefestivo, festivo e notturno, la medicina generale e la pediatria di base.

La terza area ha come riferimento funzionale la rete dei servizi di assistenza e di ricovero del DSM e la loro articolazione con la medicina e la pediatria di base, la medicina specialistica ambulatoriale, i servizi ospedalieri e altri servizi sociali e sanitari pubblici e privati.

La quarta area ha come riferimento funzionale la rete dei servizi distrettuali e aziendali del DSM in stretta integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali, che portano a valorizzare il rapporto dei servizi dipartimentali con le comunità riabilitative pubbliche e private, in particolare con le Cooperative sociali per la ricapacitazione, l'addestramento professionale e l'inserimento lavorativo della persona con disturbo mentale grave. Pari valorizzazione va assegnata alle attività per la formazione scolastica e professionale e per l'inserimento lavorativo dei soggetti con handicap in età 15-18 anni, con partico-

lare riguardo anche ai ragazzi/e che presentano disturbi psicopatologici.

La programmazione degli obiettivi di salute per le quattro aree deve avvenire sulla base dei dati di evidenza clinica, di rilevanza epidemiologica, di progresso scientifico e di aspettative di salute del cittadino e della comunità. Su questa base la definizione delle tipologie e degli standard delle strutture e degli organici del DSM può avvenire con la costituzione di gruppi di lavoro a livello regionale, la cui finalità è quella di individuare gli obiettivi di salute per ogni specifica area e su questi di indicare le strategie di intervento per la specializzazione della rete dei servizi in un quadro coerente di promozione della salute mentale.

10. DISCIPLINA DEL RAPPORTO TRA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E PROGRAMMAZIONE ATTUATIVA LOCALE

Il Piano Sanitario Regionale rappresenta il documento di riferimento programmatico di medio periodo con cui il governo regionale enuncia, coerentemente ai principi e agli indirizzi generali del PSN, le scelte strategiche alle quali fare riferimento nella elaborazione della politica sanitaria e della politica dei servizi.

Il PSR è proposto alla Giunta dall'Assessorato alla Sanità ed è approvato dal Consiglio come atto regolamentare dopo averlo sottoposto alla Conferenza Regione - Autonomie Locali.

L'Assessorato alla Sanità elabora i contenuti del PSR prendendo a riferimento:

- 1) le indicazioni del PSN;
- 2) le scelte di politica regionale;
- 3) l'analisi dei bisogni di salute della popolazione regionale;
- 4) lo stato dei servizi e le evidenze disponibili sulla loro efficacia ed efficienza.

Il processo di selezione delle priorità e delle strategie di intervento è realizzato acquisendo il contributo: delle istituzioni che esercitano funzioni, o che possono

esercitarne, sullo stato di salute della popolazione; del volontariato, che contribuisce alla umanizzazione del servizio e alla trasmissione delle istanze etiche e a dar voce ai bisogni dei soggetti svantaggiati; delle organizzazioni sindacali; delle aziende sanitarie; del mondo professionale; dei produttori, che concorrono alla salute del cittadino e all'esercizio dei suoi diritti con prestazioni e servizi qualificati e tempestivi.

Per l'implementazione dei contenuti strategici del PSR vengono seguiti due percorsi paralleli continuamente integrati tra loro: quello della politica di salute e quello della politica dei servizi.

Il primo, la politica di salute, definisce le scelte strategiche relative ai problemi prioritari da affrontare e le linee di intervento intersettoriali con cui perseguire determinati traguardi di salute della popolazione regionale. Coinvolge la responsabilità primaria dei diversi livelli di governo e programmazione regionale e locale: Giunta, Conferenza Sanitaria Territoriale e Enti Locali. In tale ambito, il settore sanitario contribuisce al pari di altri settori che con il loro impegno concorrono a migliorare la salute della popolazione e assicura il supporto tecnico necessitante alla selezione delle priorità.

Il secondo, la politica dei servizi, definisce le scelte strategiche relative al modello di organizzazione dei servizi e alle relazioni tra i diversi livelli di programmazione previsti nel sistema regionale e locale e i diversi livelli di governo o gestione del sistema dei servizi sanitari e sociali al fine di orientare l'offerta e il suo funzionamento verso la configurazione meglio capace di soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale. Esplicita le modalità con cui i servizi sanitari della regione danno attuazione agli impegni per la politica di salute attraverso la produzione di prestazioni e servizi di natura preventiva, curativa e riabilitativa. In tale ambito programmatico è essenzialmente e primariamente coinvolto

il governo del settore nei suoi diversi livelli di responsabilità.

La politica di salute individua come campo d'azione il sistema di salute inteso come insieme dei fattori che influenzano lo stato di salute e di benessere di una popolazione, delle dinamiche con cui quest'influenza si esercita, per definire strategie d'intervento di tipo multi dimensionale e intersettoriale imperniate sulla promozione della salute.

Con la politica di salute si vuole inserire la politica dei servizi in un quadro di coerenza che considera la salute e il benessere come risultato di un'interazione costante tra l'individuo e altri fattori che contraddistinguono l'ambiente in cui vive e si relaziona. Il sistema dei servizi sanitari è uno di questi fattori e il suo contributo così come i suoi effetti, in termini di guadagno di salute e di benessere, sono strettamente correlati all'azione d'altri settori d'intervento.

Con la politica di salute l'importanza del sistema dei servizi di cura e assistenza viene relativizzata, nella consapevolezza che le caratteristiche di complessità che contraddistinguono la salute e il benessere della popolazione devono essere poste al centro dello sviluppo sociale ed economico, evitando di affrontarle esclusivamente come ambito specialistico riservato ad un solo settore d'attività. I servizi sono importanti e strategici ma necessitano di affiancarsi ad interventi sull'ambiente fisico e sociale.

In tal senso, e in altri termini, si chiede al sistema dei servizi di contribuire a mantenere una fiscalità capace di non compromettere l'evoluzione d'altri settori d'attività e, conseguentemente, di impegnarsi nel dare risposta a due questioni fondamentali: 1) quali scelte sociali offrono le migliori possibilità agli individui, ai gruppi e alle collettività nel mantenimento e nel miglioramento della loro salute e del loro benessere 2) come può il sistema dei servizi sanitari contribuire a prevenire e ridurre i problemi e agire efficacemente in fa-

vore della salute e del benessere.

La politica per la salute assume un approccio strategico il cui fine è: la definizione di obiettivi di salute, intesi come traguardi di riduzione dei problemi di salute che maggiormente affliggono la popolazione e di miglioramento del livello di salute; la selezione dei mezzi e delle strategie d'azione più efficaci da realizzare in associazione con altri settori di attività della vita collettiva.

La politica di salute viene programmaticamente perseguita con gli obiettivi di salute, con cui la Regione definisce i risultati attesi in settori prioritari di intervento secondo definite strategie di azione intersettoriali, e piani per la salute, con cui le Conferenze Territoriali specificano localmente gli obiettivi di salute.

Gli obiettivi di salute definiscono programmi di intervento mirati a specifiche problematiche di salute della popolazione elaborati con il contributo di diversi settori di attività. La responsabilità di tali programmi coinvolge nel complesso i diversi livelli di governo: nazionale, regionale e locale. Il settore sanitario, nei suoi livelli regionale e aziendale, vi si impegna con il suo sistema di offerta e produzione di servizi preventivi, curativi e riabilitativi. Gli obiettivi di salute definiscono i problemi di salute e le aree di intervento su cui, su scala regionale, si intende agire prioritariamente, si specificano i traguardi di salute che si intendono perseguire e si indicano le scelte strategiche relative agli strumenti e ai percorsi di azione con cui si attualizzano gli interventi. Gli obiettivi di salute sono elaborati in modo intersettoriale, interprofessionale e interdisciplinare con il coinvolgimento di tutti i settori di attività che contribuiscono o possono contribuire alla salute della popolazione regionale e con le competenze dei professionisti e degli altri operatori del servizio sanitario regionale.

I Piani per la Salute rappresentano la specificazione locale degli obiettivi di sa-

lute e si sostanziano in un piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori – coordinati dagli Enti Locali a livello di Conferenza Territoriale – che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute e l'assistenza sanitaria della popolazione di riferimento. È la sede del patto di solidarietà per la salute dove gli attori, ognuno per la propria parte, si assumono impegni e responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi di salute selezionati come prioritari per la popolazione del territorio di riferimento dalla Conferenza Territoriale, con il supporto tecnico dell'Azienda Sanitaria e coerentemente alle indicazioni regionali.

I piani per la salute individuano, per il medio periodo:

1. i più importanti bisogni di salute della popolazione locale e le risposte in termini di promozione della salute e prevenzione della malattia che i diversi attori si impegnano a dare;
2. i principali bisogni di assistenza sanitaria della popolazione locale e le modalità di risposta in termini di organizzazione dei servizi sanitari e sociali prodotti dall'insieme dei soggetti pubblici, privato sociale e privato accreditato.

Nella definizione della politica della salute si sostanziano i processi di sussidiarietà e di negoziazione con cui realizzare 1) la selezione delle priorità di intervento che massimizzano l'efficacia e il rendimento delle risorse mobilitate per la salute, 2) l'alleanza strategica tra l'insieme dei soggetti che concorrono o possono concorrere alla salute della popolazione e con cui 3) definire i ruoli da attribuire in termini di sussidiarietà orizzontale con i relativi strumenti di governo. Il processo è diretto dagli organi di governo con il supporto tecnico dei diversi livelli del sistema sanitario e implica la partecipazione degli altri soggetti che interagiscono nel sistema, sia nella fase di selezione dei problemi e delle azioni di interesse prioritario sia nella fase di produzione dei servizi.

La politica dei servizi sostanzia e realizza l'impegno del settore sanitario nei suoi diversi livelli di responsabilità per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Progetta, pianifica, indirizza, organizza e produce i servizi con cui contribuire a soddisfare i bisogni e gli obiettivi di salute per la popolazione di riferimento, ne esplicita il sistema di verifica perseguendo il miglior equilibrio possibile tra una adeguata qualità dei servizi e la loro sostenibilità economica.

La politica dei servizi si realizza con i Piani Attuativi e il Piano delle Azioni.

Il Programma Attuativo Regionale rappresenta l'insieme degli strumenti con cui la Regione da traduzione programmatica alle scelte strategiche del piano nella parte relativa alla struttura e all'organizzazione dei servizi sanitari con cui contribuire agli obiettivi di salute, definendo:

1. l'assetto organizzativo e la distribuzione delle funzioni organizzate secondo il modello hub & spoke;
2. gli indirizzi, i criteri e gli standard di riferimento per la distribuzione, la configurazione organizzativa e la dinamica di funzionamento dei servizi a larga diffusione contribuenti all'autosufficienza territoriale ai quali le Aziende Sanitarie dovranno fare riferimento nella elaborazione dei Piani Attuativi Locali.

Il programma è realizzato con atti di indirizzo o direttive elaborate con il contributo delle competenze del sistema dei servizi sanitari e quelle di altri settori di intervento con cui il sistema deve interagire per la realizzazione del grado di intersettorialità necessario a massimizzare il rendimento e la qualità degli interventi.

Gli strumenti che compongono e realizzano il programma sono approvati con delibera della Giunta. Per gli atti più significativi è sentita, la Commissione Consigliere Sicurezza Sociale e è acquisito, con particolare riferimento agli atti

riguardanti l'integrazione sociale e sanitaria, il parere della Conferenza Regione - Autonomie Locali.

Il Piano Attuativo Locale è la specificazione territoriale della configurazione organizzativa dei servizi con cui il settore sanitario si impegna localmente a contribuire al raggiungimento degli obiettivi di definiti nel piano per la salute.

È il piano con cui si adegua l'assetto organizzativo generale del sistema dei servizi (tipo, natura, volume, distribuzione, relazioni) e delle regole che ne reggono il governo agli indirizzi definiti dal Programma Attuativo Regionale nell'obiettivo di facilitare il raggiungimento degli obiettivi individuati nel Piano per la Salute. Sostanzia il contributo delle Aziende Sanitarie alle azioni per la salute. È elaborato dall'Azienda secondo le indicazioni del Programma Attuativo Regionale e con un processo che garantisca la partecipazione competente dei professionisti e degli operatori. È inviato alla Regione per la verifica di coerenza con i citati documenti di programmazione e indirizzo, in tal senso formula osservazioni, indicazioni e prescrizioni, ed è approvato dalla Conferenza Sanitaria Territoriale sentite le parti sociali, le formazioni sociali private senza scopo di lucro impegnate nell'assistenza sociale e sanitaria, le organizzazioni delle strutture private accreditate dal SSN. Ha validità triennale.

In caso di inerzia o grave contrapposizione fra Azienda e Conferenza Sanitaria Territoriale la Giunta regionale adotta le iniziative atte a rimuovere le difficoltà presenti anche mediante l'esercizio dei poteri sostitutivi dei quali da tempestiva comunicazione alla competente Commissione Consigliere.

Il Piano delle Azioni è elaborato dalle Aziende Sanitarie e rappresenta lo strumento di programmazione operativa che sostanzia la funzione di committenza e l'impegno a garantire i livelli essenziali di

assistenza e il rispetto dei vincoli economico-finanziari previsti dalla programmazione nazionale, regionale e locale, che specifica gli standard di servizio (tipo, volume, distribuzione, qualità) con cui contribuire al raggiungimento degli obiettivi del Piano per la Salute, che definisce i partner con i quali assicurare alla popolazione di riferimento prestazioni e servizi di qualità nell'ambito di una sussidiarietà orizzontale definita da precisi contratti di fornitura. Con gli accordi e i contratti si esplicitano: gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi; il volume delle prestazioni che ci si impegna ad assicurare, distinte per tipo e modalità di assistenza; i requisiti dei servizi da rendere in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, di tempi di attesa e di continuità assistenziale; il corrispettivo economico complessivo per le attività concordate risultante dall'applicazione di specificati sistemi di remunerazione coerenti con i principi di appropriatezza d'uso dei servizi; il debito informativo da soddisfare.

– Il Piano delle Azioni costituisce altresì la base informativa per la predisposizione del piano programmatico di cui all'art.11 della L.R. n°19/94, così come sostituito dall'art.181 della L.R. 3/99.

Il Piano delle Azioni è elaborato dall'Azienda a partire da una descrizione delle caratteristiche sanitarie, sociali e demo-

grafiche della popolazione di riferimento, del grado di adeguatezza dei servizi dell'Azienda, del loro livello di qualità e dello stato di raggiungimento degli obiettivi fissati per il breve e medio periodo.

– Il Piano delle Azioni comprende e integra i Programmi delle Attività Territoriali con cui, per ogni Distretto dell'Azienda e previo parere del Comitato dei Sindaci di Distretto: si assicurano i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie e li coordinano con quelli di altri livelli assistenziali; si prevedono la localizzazione dei servizi a gestione diretta; si determinano, tramite concertazione con i Comuni, le risorse per l'integrazione socio sanitaria, la ripartizione del loro finanziamento e la loro distribuzione territoriale.

– Il Piano delle Azioni: è approvato dal Direttore Generale previo parere della Conferenza sanitaria Territoriale e è trasmesso per parere all'Assessorato alla Sanità che ne verifica la coerenza con gli obiettivi di programmazione di breve e medio periodo e, in tal senso, può formulare osservazioni, indicazioni e prescrizioni; ha validità triennale con adeguamento da realizzare per ogni anno di esercizio in funzione del grado di raggiungimento degli obiettivi necessari a soddisfare i bisogni della popolazione, delle evidenze di funzionalità e di qualità dei servizi, e della sostenibilità economica.

Casa di Cura
Ai Colli

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE NERVOSE**

Direttore Sanitario Responsabile: DR. RAFFAELLO BIAGI
Medico Chirurgo Specialista in Psichiatria

40136 BOLOGNA
VIA SAN MAMOLO 158 - TEL. 051 581073 - FAX 051 6448061

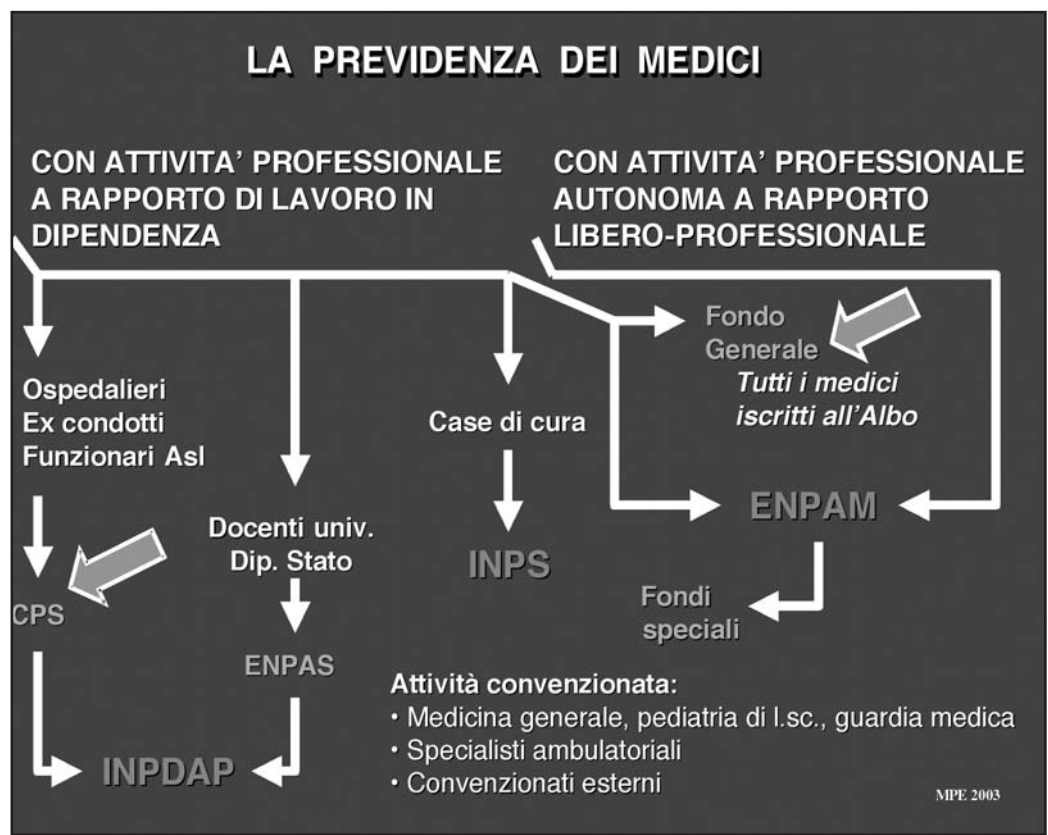
AMBULATORI:
TEL. 051 583013 - 051 580922 - 051 331998
051 6446234 - 051 6446916

P.G. 34219 - 26/02/2003

Miniguida per una rapida consultazione alle pensioni dei Medici Ospedalieri

a cura di Marco Perelli Ercolini 2004

Avendo vissuto da chirurgo per più di 40 anni la vita ospedaliera, conoscendo le problematiche previdenziali, da ordinista sento come un dovere scrivere queste sintetiche righe per far conoscere ai Colleghi le più importanti normative che regolano le nostre pensioni, perché non perdano diritti o attivino procedure favorevoli, ricordando loro come le pensioni si godono da vecchi, ma si costruiscono da giovani





L'E.N.P.A.M.

**Ente
Nazionale
di Previdenza e Assistenza
per i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri**



È la Cassa previdenziale di tutti i medici chirurghi e odontoiatri (Fondo di Previdenza Generale).

Sono gestiti, inoltre, dei Fondi Speciali di Previdenza, cui sono iscritti i medici chirurghi e gli odontoiatri convenzionati e accreditati col Servizio Sanitario Nazionale e, precisamente, il Fondo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libe-

ra scelta e dei medici di guardia medica, il Fondo Specialisti Ambulatoriali e il Fondo Specialisti Esterni.

L'obbligo di iscrizione al Fondo di Previdenza Generale cade su tutti i medici chirurghi e gli odontoiatri a partire dal mese successivo all'iscrizione al rispettivo Albo professionale e sino al compimento del 65° anno di età.

IL FONDO GENERALE DELL' ENPAM

Obbligo di iscrizione

Tutti i medici chirurghi e tutti gli odontoiatri iscritti all'Albo professionale sono iscritti obbligatoriamente all'ENPAM.

Modalità per l'iscrizione

L'iscrizione all'Albo comporta, senza alcuna domanda da parte del medico, anche la iscrizione al Fondo generale. Infatti sarà l'Ordine provinciale a trasmettere agli Uffici ENPAM i dati della nuova iscrizione.

Da quando decorre l'obbligo del versamento contributivo

Il contributo è dovuto dal mese successivo all'iscrizione all'Albo professionale sino al mese precedente quello di decorrenza della pensione per invalidità o al mese di compimento del 65° anno di età.

Contribuzione

I medici chirurghi e gli odontoiatri iscritti all'Albo professionale con età inferiore ai 65 anni sono tenuti a versare i contributi al Fondo Generale e, precisamente, una contribuzione fissa minimale (Quota A) e un contributo proporzionale al reddito (Quota B).

Ammontare del contributo della Quota A

Il contributo è modulato secondo fasce d'età ed è indicizzato.

Entro due anni dal compimento del 40° anno di età, lo specialista poteva richiedere di essere ammesso a versare un contributo di riscatto, per allineare la contribuzione degli anni compresi tra il 35° e il 39° a quella dovuta al 40esimo anno di età.

Di recente è stata modificata la norma del regolamento che annulla il limite dei due anni dal compimento del 40°anno di età per l'inoltro della domanda di allineamento dei contributi e inoltre è stata prevista l'estensione della possibilità di riallineamento contributivo alla fascia più alta per ogni scaglione e indipendentemente dall'età relativamente uno o più anni a contribuzione inferiore.

Versamento dei contributi della Quota A

La riscossione del contributo fisso minimale avviene mediante cartella esattoriale (attualmente previo invio dell'avviso bonario da parte dell'esattore) in quattro rate (aprile, giugno, settembre e novembre di ciascun anno).

Modalità dei versamenti della Quota A

L'importo può essere pagato o direttamente agli sportelli dell'ESATRI o tramite il servizio taxtel via internet oppure in posta o mediante bonifici bancari.



POLIAMBULATORIO PRIVATO
 con Day Surgery
 Dott. Oppici
 Direttore sanitario Dott. Lauro Oppici
 Medico Chirurgo - Odontoiatra

n° prot. PG66586 del 16.04.2003 Aut. San. PG.136081 del 28.07.2003
 40134 Bologna - Via Andrea Costa, 160

Tel. 051 6152754 - 6154769 Fax 051 6148438

www.poliambulatoriodaysurgery.com - www.studiooppici.com
info@studiooppici.com

IL CONTRIBUTO FISSO MODULATO SECONDO L'ETÀ

riscosso mediante cartella esattoriale

fasce di età		2002	2003	2004
sino a 30 anni	euro	148,80	152,22	208,11
da 30 a 35 anni	euro	298,13	304,99	364,39
da 35 a 40 anni	euro	568,10	581,17	646,93
da 40 a 65 anni	euro	1.057,55	1.081,87	1.159,14
contributo ridotto	euro	568,10	581,17	646,93

***indicizzati ogni anno
(per l'indicizzazione si utilizzano come base di calcolo
gli importi in euro a partire dal 2002)***

Quando il compimento dell'età fa scattare una successiva fascia contributiva, la misura del contributo annuo da pagare è determinato tenendo conto dei mesi ricadenti in ciascuna delle due fasce contributiva

ENPAM- FONDO GENERALE

2004 - contributo fisso riscosso mediante cartella esattoriale

fasce di età	contributo rivalutato	contributo aggiuntivo	contributo maternità	totale
sino al compimento del 30° anno di età	155,72			208,11
dal 30° sino al compimento del 35° anno	312,00			364,39
dal 35° sino al compimento del 40° anno	594,54	10,33	42,06	646,93
dal 40° sino al compimento del 65° anno	1.106,75			1.159,14
iscritti ammessi al contributo ridotto	594,54			646,93

Domiciliazione dei versamenti della Quota A

Per il pagamento del contributo minimo obbligatorio ci si può servire anche del nuovo servizio di domiciliazione mediante la procedura RID. Per coloro che si vogliono servire di questa modalità di pagamento, l'addebito delle somme dovute verrà effettuato automaticamente l'ultimo giorno utile per il pagamento di ciascuna rata (o per il pagamento in una unica soluzione, in caso di opzione per tale forma di pagamento) evitando il rischio di dimenticanze e eliminando il disagio di doversi recare alla posta o agli sportelli bancari.

La commissione a carico del medico è pari a 2,07 euro. Ricordiamo che il pagamento in posta della cartella ordinaria comporta un onere di 1,00 euro, sino a 2,58 euro per pagamenti in agenzie bancarie e di 2,32 euro se il pagamento avviene con carta di credito via internet o telefono.

La realizzazione della procedura RID e la sua gestione operativa sono a cura di Intesa Riscossione Tributi dell'ESATRI.

Per poter usufruire del servizio bisogna compilare l'apposito modulo reperibile presso gli Uffici Enpam o presso gli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri oppure sul sito internet dell'Enpam (www.enpam.it) e inviare la richiesta per posta o mediante fax (02 64166713) al seguente indirizzo: ESATRI S.p.A - Servizio Taxtel - Via Innovazione 7 - 20126 Milano o servendosi di internet presso il sito www.taxtel.it oppure telefonando al numero 191.191.191. Per le adesioni telefoniche, l'ESATRI darà conferma scritta agli interessati a mezzo posta ordinaria.

Contributi della Quota B

Il medico iscritto all'Albo professionale che non ha compiuto il 65° anno d'età e che ha redditi da attività libero-professionale non già soggetti ad altra contribuzione previdenziale che nel loro ammontare netto (cioè dedotte le spese per

la produzione) sono superiori all'equivalente del reddito coperto dal contributo fisso della Quota A

e precisamente alla data di istituzione del Fondo della libera professione Quota B a:

- £. 8.064.000 annue indicizzate per gli iscritti di età inferiore a 40 anni ovvero ammessi al contributo ridotto alla Quota "A"
- £. 15.000.000 annue indicizzate per gli iscritti di età superiore a 40 anni.

per i redditi prodotti nel 2002 e denunciati nel 2003 a:

- ◆ euro 4.544,80 annue indicizzate per gli iscritti di età inferiore a 40 anni ovvero ammessi al contributo ridotto alla Quota "A"
- ◆ euro 8.460,40 annue indicizzate per gli iscritti di età superiore a 40 anni

per i redditi prodotti nel 2003 e denunciati nel 2004 a:

- ◆ euro 4.649,36 annue indicizzate per gli iscritti di età inferiore a 40 anni ovvero ammessi al contributo ridotto alla Quota "A"
- ◆ euro 8.654,96 sino a € 47.028,19 annue indicizzate per gli iscritti di età superiore a 40 anni

debbono versare una contribuzione nella Quota B del Fondo generale, il cui coefficiente impositivo è pari al

- 12,50% sino ad un tetto
- 1% sul reddito eccedente il tetto.

Gli iscritti che contribuiscono anche ad altre forme di previdenza obbligatoria (compresi i Fondi speciali ENPAM) oppure sono già titolari di una pensione, possono essere ammessi alla contribuzione ridotta del

- 2% sino al tetto
- 1% sul reddito eccedente il tetto.

Come si calcola l'ammontare del contributo della Quota B

Dal 2003 i calcoli per i contributi da versare vengono effettuati direttamente dagli uffici ENPAM in base alla denuncia dei redditi liberoprofessionali che il me-

dico deve inoltrare all'ENPAM-Fondo della libera professione mediante raccomandata o per via telematica entro il 30 luglio di ciascun anno. Gli uffici provvederanno, in seguito, a comunicare all'interessato gli importi da

versare con modulistica prestampata.

Per la denuncia il medico deve far riferimento ai redditi professionali netti ricavati dalla denuncia dei redditi dell'anno precedente.

IL CONTRIBUTO VARIABILE MODULATO SECONDO IL REDDITO LIBERO-PROFESSIONALE

pagabile presso qualsiasi sportello della Banca Popolare di Sondrio sul conto ENPAM oppure mediante bonifico bancario presso qualsiasi altro istituto di credito

- **aliquota:** da lire 8.064.000 a lire 60 milioni indicizzati ogni anno (*)
 - 12,50%
 - 2% - gli ultrasessantacinquenni che non abbiano chiesto l'esenzione
 - a domanda, coloro che sono iscritti obbligatoriamente e in via continuativa ad altro ente previdenziale
 - 1% oltre i 60 milioni indicizzati ogni anno (**)
- **calcolo:** sul reddito libero-professionale dell'anno precedente non già soggetto a altra contribuzione previdenziale; ora viene effettuato dagli Uffici ENPAM in base al reddito denunciato
- **denuncia:** sull'apposito modulo fornito dagli Ordini entro il 31 luglio di ogni anno; il mancato invio della dichiarazione comporta delle sanzioni
- **modalità della denuncia:** la denuncia può essere inoltrata per via cartacea o telematica
- **versamento:** in una unica soluzione entro il 31 ottobre di ogni anno
 - mediante la Banca popolare di Sondrio sul conto bancario ENPAM
 - oppure presso qualsiasi istituto di credito mediante bonifico bancario (è allo studio da possibilità di pagamento mediante MAV)
- **contributo ridotto del 2%:** possono chiedere il contributo ridotto coloro che possono dimostrare di essere titolari in via continuativa di una posizione previdenziale obbligatoria; l'opzione è vincolante

(*) per il 2003: da € 8.460,40 (infraquarantenni o ammessi al contributo ridotto della Quota A 4.544,80) sino a € 45.899,07
per il 2004: da € 8.654,96 (infraquarantenni o ammessi al contributo ridotto della Quota A 4.649,36) sino a € 47.028,19

(**) 0,50 % ai fini della pensione e 0,50% di solidarietà

Modalità di versamento dei contributi della Quota B

I versamenti dei contributi riferiti alla quota B possono essere effettuati mediante l'apposito modulo presso qualsiasi sportello della Banca Popolare di Sondrio sul conto ENPAM senza aggravii di spesa oppure tramite altri Istituti di credito mediante bonifico bancario (è allo studio la possibilità di pagamento mediante MAV).

Termine ultimo per il pagamento dei contributi della Quota B

Il pagamento dei contributi della quota B, secondo quanto calcolato dagli Uffici ENPAM in base alla denuncia effettuata dal medico, fa effettuato con le modalità sopra illustrate entro il 31 ottobre di ciascun anno.

Ai fini fiscali

Tutti i contributi, sia della Quota A che quelli della Quota B, sono interamente deducibili dall'imponibile IRPEF.

RISCATTI

Il Fondo generale in passato non prevedeva la possibilità di riscattare gli anni del corso di laurea o di specializzazione, né il servizio militare.

Dal 1998, però limitatamente alla Quota B, sono stati ammessi al riscatto alcuni periodi. Per la Quota A che prevede la riscossione dei contributi in misura fissa e con cartella esattoriale, non è invece prevista alcuna possibilità di riscatto, ma soltanto la ricongiunzione di periodi assicurativi o l'allineamento dei contributi alla fascia di importo più elevato.

Requisiti e periodi ammessi al riscatto

Dal 1998, relativamente alla Quota B, gli iscritti al Fondo generale (medici chirurghi e odontoiatri) che

- non abbiano compiuto il 65° anno di età
- risultino ancora iscritti all'Albo (cioè non risultino cancellati o radiati)

- non percepiscano dall'ENPAM trattamenti di invalidità ovvero non abbiano inoltrato domanda di invalidità
 - non siano iscritti ad altre forme di previdenza obbligatoria (ivi compresi i Fondi speciali dell'ENPAM)
 - non abbiano rinunciato da meno di due anni allo stesso riscatto
 - abbiano un'anzianità contributiva di almeno 10 anni con almeno un anno di contribuzione nel triennio precedente l'inoltro della domanda
- non siano in regola con i relativi pagamenti per il riscatto di allineamento

possono riscattare:

- per un periodo massimo di 10 anni: l'attività libero-professionale prestata nei periodi antecedenti l'iscrizione al Fondo generale-Quota B reddituale
- per un periodo massimo di 10 anni: gli anni relativi alla durata del corso legale di laurea e specializzazione (non è consentito il riscatto per più titoli di specializzazione)

- per i periodi a partire dal 1998: il riallineamento della contribuzione ridotta
- il servizio militare.

Esclusione dal riscatto

La iscrizione ad altre forme di previdenza obbligatoria (ivi compresi i Fondi speciali dell'ENPAM) o la titolarità di una pensione pubblica (INPDAP) o privata (INPS) esclude dal riscatto.

Riscatto precluso ai medici ospedalieri

I medici ospedalieri in quanto iscritti obbligatoriamente alla Cassa pensione sanitari dell'INPDAP non possono usufruire di alcuna forma di riscatto prevista nel Fondo generale Quota B

Benefici derivanti dal riscatto

Ogni anno (o frazione di anno) riscattato comporta una maggiorazione del trattamento di pensione pari ad una aliquota

di rendimento annua dell'1,75% (o frazione per periodi inferiori all'anno).

ALLINEAMENTO

È l'istituto che permette, effettuando dei versamenti suppletivi, totalmente deducibili ai fini fiscali, di ottenere un miglior trattamento economico di pensione.

Allineamento dei contributi fissi

È consentito agli iscritti di età inferiore ai 40 anni di presentare domanda irrevocabile di ammissione alla contribuzione ordinaria prevista per gli ultraquarantenni. Anche coloro che hanno compiuto il quarantesimo anno possono chiedere di effettuare il riscatto per allineare alla contribuzione della fascia più alta, nella misura in vigore nell'anno della presentazione della domanda, uno o più anni a contribuzione inferiore.

Allineamento dei contributi relativi alla quota B proporzionali al reddito

Gli iscritti alla quota B per versamento di contributi proporzionali al reddito possono effettuare il riscatto di allineamento di uno o più anni di attività nei quali la contribuzione risulti inferiore all'importo del contributo più elevato tra quelli versati nei tre anni coperti da contribuzione antecedenti la domanda. L'allineamento è consentito anche per gli anni in cui il versamento è stato effettuato con l'aliquota ridotta.

Non può essere ammesso al riscatto:

- chi ha presentato domanda di pensione di invalidità permanente
- chi non ha completato i relativi versamenti per analogo riscatto
- chi ha rinunciato al riscatto di allineamento da meno di due anni
- chi ha una anzianità contributiva effettiva al Fondo inferiore a 5 anni
- chi non è in regola con i pagamenti relativi ai riscatti in atto per qualsiasi periodo o servizio richiesto
- chi non ha maturato almeno un anno di contribuzione nel triennio antecedente l'anno della domanda.

Il riscatto avviene mediante versamento di un contributo di importo pari alla riserva matematica. Nella determinazione del coefficiente di capitalizzazione da utilizzare per il conteggio si tiene conto esclusivamente dei periodi di anzianità contributiva effettiva maturati dall'iscritto alla data della presentazione della domanda (in ogni caso, l'importo della riserva matematica non può essere inferiore alla somma dei contributi aggiuntivi da imputare agli anni oggetto dell'allineamento).

Contributi per l'allineamento ai fini fiscali

Tutti i contributi per l'allineamento sia nella Quota A che quelli della Quota B sono interamente deducibili dall'imponibile IRPEF.

PRESTAZIONI

Le prestazioni erogate dal Fondo generale sono

- la pensione ordinaria
- la pensione per invalidità assoluta e permanente
- la pensione a favore dei superstiti.

Le pensioni erogate dal Fondo di previdenza generale sono cumulabili con tutte le prestazioni erogate dai Fondi speciali, gestiti dall'ENPAM, e con le altre prestazioni previdenziali e assicurative obbligatorie.

La pensione ordinaria e la pensione per invalidità assoluta e permanente sono reversibili a favore dei superstiti aventi diritto.

Pensione ordinaria

Requisiti

Il diritto alla pensione ordinaria matura

- al compimento del 65° anno di età
- in costanza di iscrizione al Fondo con almeno cinque anni di contribuzione effettiva.

Decorrenza

Il trattamento decorre dal mese successivo al compimento del 65° anno di età.

Determinazione della prestazione

La pensione è costituita dalla somma delle competenze della Quota "A" e della Quota "B".

Dal 1° gennaio 1998 tutte le pensioni ordinarie (quota A) sono calcolate in base

- **al reddito medio annuo** (calcolato mediante la ricostruzione attraverso i contributi versati, tenendo presente che l'aliquota contributiva è del 12,50 per cento)
- **rivalutato** nella misura del 75% dell'incremento percentuale ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati
- **in relazione degli anni di contribuzione** applicando l'aliquote di:
 - 1,10% per ogni anno (o frazione per periodi inferiori all'anno) di contribuzione compreso entro il 31 dicembre 1997
 - 1,75% per ogni anno (o frazioni per periodi inferiori all'anno) di contribuzione a partire dal 1° gennaio 1998. In data 16 luglio 2004 il CDA ha approvato la diminuzione del coefficiente di rendimento all'1,50% (il provvedimento è in corso di ratifica da parte dei Ministeri vigilianti).

La misura della quota proporzionale (quota B) legata ai versamenti del 12,50 per cento (o 2 per cento nella forma ridotta) sul reddito libero-professionale o per i pregressi versamenti volontari si determina applicando al reddito medio annuo le seguenti aliquote di rendimento:

- 1,75% ad anno per i redditi conseguenti a contribuzione del 12,50%
- 0,28% ad anno per i redditi conseguenti a contribuzione ridotta del 2%
- 0,07 ad anno per i redditi conseguenti a contribuzione dell'1%.

Per le contribuzioni proporzionali versate dagli iscritti già pensionati del Fondo generale, il rendimento pensionistico è stato previsto nei seguenti valori:

- per le contribuzioni versate al 2%, 0,23% ad anno
- per le contribuzioni versate al 12,50%, 1,44% ad anno
- per le contribuzioni versate all'1%, 0,06% ad anno.

Per i redditi riferiti agli anni dal 1990 al 1997 relativi alla Quota "B", la rivalutazione dei redditi professionali è pari al 100% dell'indice ISTAT, mentre per i periodi posteriori al 1997 e ai redditi derivanti dalla contribuzione volontaria la rivalutazione è del 75%.

Pensione di invalidità

Requisiti

Hanno diritto alla pensione di invalidità gli iscritti che

- in costanza di contribuzione al Fondo
- prima del compimento del 65° anno di età
- per infortunio o malattia divengono inabili – in modo assoluto e permanente – all'esercizio dell'attività professionale
- presentano la domanda prima del compimento del 65° anno.

La pensione di invalidità non è prevista per inabilità parziale.

Per la pensione di invalidità non è prescritto un minimo di anzianità contributiva per la Quota A, mentre per la Quota B è richiesto almeno 1 anno di contribuzione alla gestione nel triennio antecedente la decorrenza della pensione (in mancanza, l'iscritto ha diritto ad un trattamento calcolato secondo i criteri della pensione ordinaria, senza alcuna maggiorazione).

Decorrenza

La pensione decorre dal primo giorno del mese successivo alla cessazione dall'attività ovvero dal primo giorno del mese

successivo alla domanda, se la domanda è posteriore alla cessazione.

Determinazione della prestazione

Il trattamento è costituito dalla somma della Quota "A" e della Quota "B".

La Quota "A" si calcola come per la pensione ordinaria, aumentando l'anzianità contributiva del numero di anni mancanti al raggiungimento del 65° anno di età, con un massimo di 10 anni, fatto salvo un minimale indipendente dall'anzianità contributiva.

La Quota "B" si calcola come per la pensione ordinaria, aumentando l'anzianità contributiva del numero di anni mancanti al 65° anno di età, con un massimo di 10 anni. In caso di anzianità contributiva inferiore a cinque anni, l'aumento dell'anzianità è calcolato proporzionalmente agli anni coperti da contribuzione. Inoltre l'iscritto per la maggiorazione deve possedere almeno un anno di contribuzione nella gestione nel triennio antecedente la decorrenza della pensione.

Pensione ai superstiti aventi diritto

Aventi titolo

Sono considerati superstiti aventi diritto

- il coniuge

- i figli sino al compimento del 21° anno di età
- i figli sino al compimento degli studi e comunque non oltre il 26° anno di età
- ovvero in loro assenza gli ascendenti e i collaterali a carico
- i nipoti di ascendenti viventi a carico dell'iscritto al momento del decesso, equiparandoli ai figli legittimi e legittimati.

Requisiti

Il decesso dell'iscritto in attività di esercizio.

Decorrenza della pensione

Dal primo giorno del mese successivo al decesso.

Determinazione della prestazione

Spetta un trattamento determinato applicando l'aliquota prevista sul trattamento virtuale come se l'iscritto deceduto fosse diventato totalmente e permanentemente invalido al momento del decesso.

Percentuali di pensione in favore dei superstiti

L'aliquota per il coniuge superstite è pari al 70%; quando il coniuge concorre con i figli aventi diritto l'aliquota è ridotta al 60%.

ALIQUOTA DI PENSIONE AI FIGLI			
Senza coniuge superstite		Con coniuge superstite	
1 figlio solo	80 %	1 figlio solo	20 %
2 figli	90 %	2 o più figli	40 %
3 o più figli	100 %		

In assenza del coniuge o di figli, la pensione indiretta può competere ai genitori dell'iscritto deceduto se a carico dell'iscritto prima del decesso.

In assenza del coniuge, di figli o dei geni-

tori, la pensione indiretta può essere corrisposta ai fratelli o alle sorelle dell'iscritto deceduto a condizione che siano a suo carico al momento del decesso e totalmente inabili al lavoro proficuo.

Perdita del diritto alla pensione indiretta o di reversibilità

- I figli perdono il diritto alla pensione al compimento del 21° anno di età oppure se studenti al conseguimento del titolo di studio e comunque non oltre il 26° anno di età.
- Il coniuge superstite, quando passa a nuove nozze, perde il diritto alla pensione con decorrenza dal mese successivo a quello in cui è avvenuto il matrimonio. Al coniuge superstite che cessa dal diritto alla pensione per aver contratto nuovo matrimonio, spetta un assegno una tantum, pari a due annualità della sua quota di pensione, calcolate sulla base dell'importo lordo percepito nell'ultimo mese, comprensivo dell'indicizzazione ISTAT sino al quel momento maturata.

Le nuove prestazioni di invalidità e premorienza

Con l'approvazione con nota 3 marzo 2003 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali della delibera ENPAM numero 2 del 15 febbraio 2002, in caso di invalidità o premorienza agli eredi sono garantiti trattamenti economici minimi per rafforzare una maggior tutela previdenziale agli iscritti che possono contare su posizioni previdenziali di ridotta entità.

In caso di invalidità assoluta e permanente o di premorienza del medico, la Cassa previdenziale dell'ENPAM garantisce al medico invalido o in caso di morte agli eredi aventi titolo un trattamento pensionistico minimo indipendentemente dall'età e dai contributi versati, in presenza degli eventi tutelati a partire dal 1° gennaio 1998.

Il trattamento al 1° gennaio 1998 è pari a € 10.845,59, indicizzato ogni anno al 100 per cento dell'indice ISTAT

1998	€ 10.845,59
1999	€ 11.040,82
2000	€ 11.215,26
2001	€ 11.502,37
2002	€ 11.810,63
2003	€ 12.097,63
2004	€ 12.395,23

Ai fini della determinazione dell'incremento erogato a ciascun interessato si calcola la pensione di invalidità assoluta e permanente o di premorienza in base alle norme previste dai regolamenti in vigore e se la somma delle pensioni risulta inferiore al minimo previsto per l'anno di decorrenza, verrà corrisposta la differenza.

Nel calcolo si tiene conto non solo delle pensioni ENPAM, ma anche di quelle a carico di altri Enti di previdenza obbligatoria. In caso di più pensioni l'eventuale integrazione al minimo verrà corrisposta in proporzione agli importi di ciascuna delle pensioni erogate.

RIVALUTAZIONE DELLE PENSIONI

Le pensioni ordinarie, di invalidità e ai superstiti, erogate dal Fondo, sono soggette a rivalutazione annuale nella misura del 75% dell'incremento percentuale fatto registrare nell'anno precedente sui prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati elaborato dall'ISTAT. È stata anche deliberata dal CdA l'abbassamento della rivalutazione al 50% anziché al 75% ISTAT per le somme di pensione ENPAM eccedenti 4 volte il minimo INPS.

La rivalutazione per le pensioni in godimento al 31 dicembre di ciascun anno decorre a partire dal 1° gennaio dell'anno successivo.

CUMULO DI PIÙ PENSIONI

La pensione non è incompatibile con altre prestazioni pensionistiche.

In particolare, l'iscritto o il pensionato del Fondo, che sia coniuge superstite di altro iscritto o pensionato del Fondo, può cumulare la propria pensione ordinaria o di invalidità con quella indiretta o di reversibilità.

Le decurtazioni sulle pensioni indirette o di reversibilità del coniuge superstite senza figli a carico, previste per le pensioni INPS o INPDAP, non operano sulle pensioni ENPAM.

Gli orfani di entrambi i genitori, ambedue iscritti o pensionati del Fondo, hanno diritto al cumulo dei trattamenti, calcolati sulla pensione di ciascun genitore deceduto.

I genitori e i collaterali, se superstiti aventi diritto di più iscritti o pensionati al Fondo, hanno diritto al cumulo delle pensioni, calcolate su quanto di spettanza di ciascun iscritto o pensionato deceduto.

CUMULO PENSIONE-ALTRI REDDITI DI LAVORO

La pensione del Fondo generale non è incompatibile con altri redditi da lavoro.

RINCONGIUNZIONE DI CONTRIBUTI PRESSO ALTRE CASSE PREVIDENZIALI

In base alla legge 45/90, che opera solo nei riguardi della Quota "A", si possono ricongiungere al Fondo generale i periodi di contribuzione esistenti presso altre gestioni previdenziali obbligatorie.

I periodi ricongiunti antecedenti l'iscrizione al Fondo generale sono utili sia agli effetti dell'aumento dell'anzianità contributiva, sia del computo del compenso medio annuo preso a base per il calcolo della pensione.

Al contrario, i periodi ricongiunti coinci-

denti con l'iscrizione e la contribuzione al Fondo sono utili solo agli effetti della determinazione del compenso medio annuo preso a base per il calcolo del trattamento di pensione (ai fini del calcolo del compenso annuo medio relativamente ai periodi ricongiunti riferiti ad attività non effettiva, con eccezione dei periodi riscattati per il corso di laurea o di specializzazione, nonché ai periodi relativi a contribuzione in misura fissa si assume quale compenso il decuplo dei contributi trasferiti).

Gli anni riscattati presso altre gestioni previdenziali relativi al corso legale di laurea e di specialità, se ricongiunti, sono utili agli effetti dell'aumento dell'anzianità contributiva e della maggior misura della pensione.

I medici iscritti al Fondo con un'anzianità contributiva continuativa di almeno 10 anni, al compimento del 65° anno di età possono chiedere la ricongiunzione dei periodi contributivi esistenti presso altre gestioni previdenziali obbligatorie, inefficaci per il diritto a pensione (in base alla sentenza 61/99 della Corte costituzionale potrebbero servire per una totalizzazione dei contributi inefficaci da soli per un trattamento di pensione, ma utili per un trattamento economico in base al maturato in ciascun ente).



**CENTRO MEDICO S. MICHELE
POLIAMBULATORIO PRIVATO
FISIOKINESITERAPIA - RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA**

Dott. Stefano Laterza - Direttore Sanitario

**MEDICINA FISICA
E RIABILITATIVA**

*DOTT. STEFANO LATERZA
DOTT. COSIMO GALASSO
DOTT. VALERIA GAZZOTTI*

ORTOPEDIA

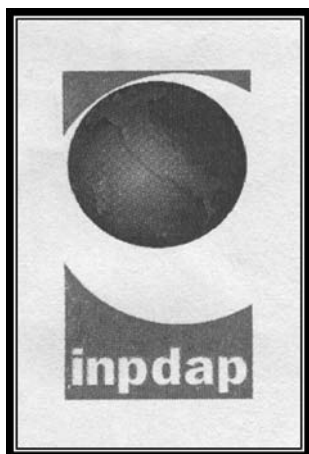
DOTT. MAURO PRANDINI

CARDIOLOGIA

*DOTT. ANDREA ROSSI
DOTT. GIAMMARCO DRAGO
DOTT. GIUSEPPINA SANTESE*

**Piazza S. Michele, n. 2 - 40125 BOLOGNA
Tel. e Fax 051.22.36.80 - e-mail: cmsm@libero.it**

P.G.n. 8240 del 20/01/99



LA CASSA PENSIONE SANITARI

La Cassa pensione sanitari è confluita nell'INPDAP, il fondo previdenziale dei dipendenti pubblici.

L'iscrizione all'INPDAP è obbligatoria per tutti i pubblici dipendenti laureati a qualunque titolo assunti, anche se adibiti a servizi di carattere eccezionale o straordinario ancorché l'assunzione sia a tempo determinato o a titolo di supplenza.

Ammontare del contributo

L'ammontare del contributo, con trattenuta alla fonte, è pari al 32,35 per cento della retribuzione contributiva di cui il 23,80 per cento a carico del datore di lavoro e l'8,55 per cento (il 9,55 per le somme oltre il tetto) a carico del medico (dal 1° dicembre 1996 va versato all'INPDAP un ulteriore 0,35 per cento per il Fondo credito - mutui e prestiti).

RISCATTI

Il riscatto è un istituto particolare del sistema previdenziale che consente ai medici iscritti alla CPS di effettuare, a proprie spese, la copertura contributiva relativamente ad alcuni servizi e periodi durante i quali è stato escluso dalla assicurazione.

È un'operazione destinata in breve tempo a scomparire.

Infatti, al di là della onerosità dell'operazione, sono soprattutto tre i motivi che spingono i giovani a non chiedere il riscatto:

- la graduale scomparsa delle pensioni di anzianità
- l'elevazione dell'età pensionabile (decreto legislativo 503/1992 e legge 724/1994)
- l'inutilità dei periodi riscattati ai fini del raggiungimento del massimo (40 anni) di versamenti per la pensione contributiva (legge 335/1995).

Requisiti e periodi ammessi al riscatto

I periodi riconosciuti riscattabili, senza alcuna limitazione, purché non coincidenti tra loro (nel qual caso per quel periodo è conteggiato un solo servizio) sono:

- la durata legale del corso di laurea.
- la durata del corso di specializzazione in particolare per la durata legale del corso universitario, ai fini del riscatto, si parte dalla data di inizio dell'anno accademico di iscrizione all'Università e non più, come avveniva in precedenza, calcolando a ritroso dalla data di conferimento del titolo di laurea o di specialità.
- i servizi prestati presso lo Stato non ri-congiungibili.

- i periodi trascorsi in aspettativa senza assegni per motivi sindacali, ove l'ente di appartenenza non sia stato fatto carico di obbligo di contribuzione.
- il riscatto del congedo per motivi di famiglia per la cura ai disabili in misura non inferiore all'80 per cento e i periodi corrispondenti a quelli di assenza facoltativa dal lavoro per gravidanza e puerperio nella misura massima di cinque anni e per periodi non coperti da assicurazione (cioè quei periodi per evento intervenuto al di fuori del periodo di lavoro), purché non cumulati coi periodi riscattabili del corso di laurea.
- le interruzioni del rapporto di lavoro consentita da specifiche disposizioni per la durata massima di tre anni.
- i periodi di formazione professionale, di studio e di ricerca.

Il periodo militare dopo l'applicazione della legge 958/86 (cioè dal 30 gennaio 1987) è computato utile (a domanda) come periodo figurativo.

Servizi esclusi dal riscatto

Non sono ammessi al riscatto:

- l'aspettativa senza assegni per motivi di famiglia
- i periodi di sospensione dall'impiego

Domanda di riscatto

La normativa prevede che le domande di riscatto, non vincolanti, possano essere presentate, in carta semplice:

- durante il servizio (per il personale non di ruolo dopo almeno un anno di servizio)
- posteriormente, entro 90 giorni dalla data di cessazione dal servizio (*)
- dai superstiti, aventi diritto, entro 90 giorni dal decesso dell'iscritto (*).

Può essere riscattata anche una sola parte dei periodi.

La relativa domanda, corredata dalla documentazione richiesta, va inoltrata all'INPDAP competente per territorio direttamente dall'interessato o mediante

plico raccomandato con ricevuta di ritorno oppure presso l'ufficio protocollo dell'INPDAP.

(*) A questo proposito va ricordato che invece le domande di riscatto dei periodi ammessi ai fini del premio di servizio INADEL vanno inoltrate prima della cessazione dal servizio.

Requisiti per riscattare

È richiesta la titolarità del rapporto di lavoro e il possesso dei requisiti richiesti.

Calcolo del contributo di riscatto

Il riscatto prevede il versamento di una riserva matematica a copertura assicurativa del relativo periodo, oltre gli interessi legali in caso di dilazione del pagamento mediante rateazione.

Rinuncia al riscatto

La rinuncia al riscatto deve essere inoltrata entro 90 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione dell'accettazione da parte dell'INPDAP della domanda di riscatto.

Contributi di riscatto e fisco

Le somme versate come contributo di riscatto sono totalmente deducibili. Tale deduzione comporta un risparmio sul contributo da pagare in relazione al reddito denunciato ai fini fiscali.

PRESTAZIONI

Le prestazioni erogate dalla CPS sono

- la pensione ordinaria
- la pensione per inabilità
- la pensione a favore dei superstiti.

Sistema di calcolo

La riforma Dini configura tre sistemi di calcolo per le pensioni:

- tutto **"contributivo"** nei confronti dei neoassunti dal 1° gennaio 1996
- misto **"in pro rata"** a favore di quei lavoratori che, alla data del 31 dicembre

1995, possono far valere una anzianità contributiva inferiore ai 18 anni: per i periodi maturati scatta la liquidazione con il sistema – retributivo – secondo la normativa previgente (retribuzione dell'ultimo giorno di lavoro per i periodi antecedenti il 31 dicembre 1992 e la media delle retribuzioni per quelli successivi), mentre per i periodi successivi, cioè a partire dal 1° gennaio 1996, il calcolo sarà “contributivo”

- tutto “retributivo” per i lavoratori con almeno 18 anni di contribuzione (compresi i riscatti e i periodi figurativi) alla data del 31 dicembre 1995.

Pensione diretta ordinaria di “vecchiaia” – sistema retributivo

Natura della prestazione

La pensione diretta ordinaria di vecchiaia è una prestazione a natura economico-previdenziale.

Chi ha diritto alla prestazione

Ha diritto alla prestazione del trattamento di pensione l'iscritto alla CPS al raggiungimento dei requisiti di età e di anzianità di servizio, cessando l'attività lavorativa.

Requisiti di età e di contribuzione

I requisiti di età sono per gli uomini il compimento di 65 anni di età e per le donne il compimento di 60 anni di età.

L'anzianità minima nel sistema retributivo è fissato in almeno 20 anni di anzianità contributiva, nel sistema contributivo sono prescritti cinque anni di contribuzione effettiva.

Decorrenza del trattamento

Dal giorno successivo a quello della cessazione dal servizio (per le pensioni di vecchiaia il servizio cessa alla fine del mese del compimento dell'età pensionabile).

Pensione diretta ordinaria di “anzianità” – sistema retributivo

Natura della prestazione

La pensione diretta ordinaria di anzianità è una prestazione a natura economico-previdenziale.

Chi ha diritto alla prestazione

I medici iscritti alla CPS collocati a riposo anticipato per qualunque motivo (tranne l'invalidità) rispetto ai limiti di età (60 anni per le donne e 65 per gli uomini) o di servizio (40 anni) stabiliti per la pensione di vecchiaia.

Requisiti per avere diritto alla prestazione

Il diritto alla pensione di anzianità si consegue, cessando l'attività lavorativa, con almeno 35 anni di contributi e 57 anni di età (a regime) oppure, prescindendo dall'età, con almeno 40 anni i contributi.

AMBULATORIO PRIVATO

**Centro
Dermatologico s.r.l.**

Direttore Sanitario: **Prof. Massimino Negosanti**
MEDICO CHIRURGO - SPECIALISTA IN CLINICA DERMOSIFILOPATICA
PROFESSORE ASSOCIATO DI DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

• (Aut. PG 107448 del 13.06.2003) •

VIALE ERCOLANI, 8 - VIA MAZZINI 2-2^a
40138 BOLOGNA - TEL. 051 636 05 65
39 18 84 - FAX 051 39 79 54

- Diagnostica dermatologica
- Videodermatoscopio a epiluminescenza per mappe nevice
- Dermochirurgia laser con *laser vascolare e laser Erbium*
- Allergologia
- Tricologia
- Cura della psoriasi e della vitiligine con UVB terapia

I DIVERSI REQUISITI PER L'ANZIANITÀ (Finanziaria 1998 legge 449/87 art.59)		
ANNO DI PENSIONAMENTO	MINIMO DI SERVIZIO + ETÀ	MINIMO DI SERVIZIO
1999	35 + 53	37
2000	35 + 54	37
2001	35 + 55	37
2002	35 + 55	37
2003	35 + 56	37
2004	35 + 57	38
2005	35 + 57	38
2006	35 + 57	39
2007	35 + 57	39
2008	35 + 57	40

Decorrenza

L'accesso alle pensioni di anzianità ha cadenza trimestrale:

- dal 1° luglio dello stesso anno i soggetti in possesso dei requisiti entro il 31 marzo
- dal 1° ottobre dello stesso chi matura i requisiti entro il 30 giugno
- dal 1° gennaio dell'anno successivo a prescindere dall'età maturando l'anzianità contributiva di 35 anni entro il 30 settembre
- dal 1° aprile dell'anno successivo maturando i 35 anni di versamenti contributivi entro il 31 dicembre.

Per chi ha maturato i 40 anni di contributi, la pensione decorre dal giorno successivo alla data di cessazione dal servizio. Ricordiamo che, con la circolare numero 149 del 26 maggio 1995, numero 21258 del 26 agosto 1995 e numero 30 del 5 giugno 1995, l'INPS e l'INPDAP rece-

pendo i chiarimenti del Ministero del lavoro (numero 7/61073/L. 724/94 del 25 maggio 1995) hanno precisato che le date di decorrenza ai pensionamenti anticipati vanno intese come "date iniziali e non rigidamente fisse" (la decorrenza va intesa non quale data fissa di decorrenza del trattamento pensionistico, bensì quale termine iniziale a partire dal quale i soggetti interessati possono ottenere il trattamento in questione, interpretazione poi confermata anche dopo la legge di riforma 335/95 con i chiarimenti impartiti da parte del Ministero del lavoro e recepiti sia dall'INPS (circolare numero 232 del 23 agosto 1995) che dall'INPDAP (circolare numero 41 del 6 settembre 1995); in altri termini il lavoratore può andare in pensione anche con decorrenze successive a quelle fissate in base ai diritti maturati.

FINESTRE PER LA DECORRENZA DELLE PENSIONI ANTICIPATE		
Possesso dei requisiti entro il	Accesso con più di 57 anni	Accesso con meno di 57 anni
31 marzo	1° luglio	1° gennaio anno successivo
30 giugno	1° ottobre	1° gennaio anno successivo
30 settembre	1° gennaio anno successivo	1° gennaio anno successivo
31 dicembre	1° aprile anno successivo	1° aprile anno successivo

Come si ottiene la prestazione

A domanda da presentarsi alla Sede INPDAP competente per territorio.

Determinazione delle prestazioni (pensione di vecchiaia e di anzianità)

La pensione è costituita da due quote: la prima (quota A) è commisurata ai servizi valutabili (servizio effettivo, periodi riscattati e ricongiunti, servizio militare) al 31 dicembre 1992 e alla retribuzione percepita all'atto della cessazione dal servizio, la seconda relativa agli ulteriori servizi valutabili dopo il 1° gennaio 1993 e calcolata in base alla media delle retribuzioni percepite e rivalutate ai sensi di legge.

Quota A - periodo di riferimento: dalla data di assunzione al 31 dicembre 1992

Il calcolo del trattamento economico della pensione in base alla previgente normativa della Cassa pensione sanitari si effettua applicando l'aliquota della tabella A allegata alla legge 26 luglio 1965 numero 965 corrispondente alla anzianità utile, alle voci retributive fisse e continuative dell'ultimo giorno di servizio, quasi sempre sovrapponibile alla busta paga dell'ultimo mese precedente la cessazione del servizio.

Tabella A allegata alla Legge 26 luglio 1965, n. 965

Anni	Mesi											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
14...								0,36983	0,37086	0,37189	0,37292	0,37396
15...	0,37500	0,37605	0,37710	0,37816	0,37922	0,38030	0,38138	0,38246	0,38356	0,38466	0,38576	0,38688
16...	0,38800	0,38913	0,39026	0,39141	0,39256	0,39371	0,39488	0,39605	0,39722	0,39841	0,39960	0,40080
17...	0,40200	0,40321	0,40443	0,40566	0,40689	0,40813	0,40938	0,41063	0,41189	0,41316	0,41443	0,41571
18...	0,41700	0,41830	0,41960	0,42091	0,42222	0,42355	0,42488	0,42621	0,42756	0,42891	0,43026	0,43163
19...	0,43300	0,43438	0,43576	0,43716	0,43856	0,43996	0,44138	0,44280	0,44422	0,44566	0,44710	0,44855
20...	0,45000	0,45146	0,45293	0,45441	0,45589	0,45738	0,45888	0,46038	0,46189	0,46341	0,46493	0,46646
21...	0,46800	0,46955	0,47110	0,47266	0,47422	0,47580	4,47738	0,47896	0,48056	0,48216	0,48376	0,48538
22...	0,48700	0,48863	0,49026	0,49191	0,49356	0,49521	0,49688	0,49855	0,50022	0,50191	0,50360	0,50530
23...	0,50700	0,50871	0,51043	0,51216	0,51389	0,51563	0,51738	0,51913	0,52089	0,52266	0,52443	0,52621
24...	0,52800	0,52980	0,53160	0,53341	0,53522	0,53705	0,53888	0,54071	0,54256	0,54441	0,54626	0,54813
25...	0,55000	0,55188	0,55376	0,55566	0,55756	0,55946	0,56138	0,56330	0,56522	0,56716	0,56910	0,57105
26...	0,57300	0,57496	0,57693	0,57891	0,58089	0,58288	0,58488	0,58688	0,58889	0,59091	0,59293	0,59496
27...	0,59700	0,59905	0,60110	0,60316	0,60522	0,60730	0,60938	0,61146	0,61356	0,61566	0,61776	0,61988
28...	0,62200	0,62413	0,62626	0,62841	0,63056	0,63271	0,63488	0,63705	0,63922	0,64141	0,64360	0,64580
29...	0,64800	0,65021	0,65243	0,65466	0,65689	0,65913	0,66138	0,66363	0,66589	0,66816	0,67043	0,67271
30...	0,67500	0,67730	0,67960	0,68191	0,68422	0,68655	0,68888	0,69121	0,69356	0,69591	0,69826	0,70063
31...	0,70300	0,70538	0,70776	0,71016	0,71256	0,71496	0,71738	0,71980	0,72222	0,72466	0,72710	0,72955
32...	0,73200	0,73446	0,73693	0,73941	0,74189	0,74438	0,74688	0,74938	0,75189	0,75441	0,75693	0,75946
33...	0,76200	0,76455	0,76710	0,76966	0,77222	0,77480	0,77738	0,77996	0,78256	0,78516	0,78776	0,79038
34...	0,79300	0,79563	0,79826	0,80091	0,80356	0,80621	0,80888	0,81155	0,81422	0,81691	0,81960	0,82230
35...	0,82500	0,82771	0,83043	0,83316	0,83589	0,83863	0,84138	0,84413	0,84689	0,84966	0,85243	0,85521
36...	0,85800	0,86080	0,86360	0,86641	0,86922	0,87205	0,87488	0,87771	0,88058	0,88341	0,88626	0,88913
37...	0,89200	0,89488	0,89776	0,90066	0,90356	0,90646	0,90938	0,91230	0,91522	0,91816	0,92110	0,92405
38...	0,92700	0,92996	0,93293	0,93591	0,93889	0,94188	0,94488	0,94788	0,95080	0,95391	0,95693	0,95996
39...	0,96300	0,96605	0,96910	0,97216	0,97522	0,97830	0,98138	0,98446	0,98756	0,99066	0,99376	0,99688
≥40...	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000

Quota B - periodo di riferimento: dal 1° gennaio 1993 alla data di cessazione

Questa quota, relativa alla anzianità maturata successivamente al 31 dicembre 1992, viene calcolata in base alla media delle ultime retribuzioni pensionabili (dal 1° gennaio 1993 alla data di cessazione) moltiplicata per la differenza tra l'aliquota di rendimento alla cessazione e l'aliquota di rendimento al 31 dicembre 1992, nonchè del tetto. Infatti dal 1° gennaio 1998 per articolo 59 comma 1 della Finanziaria '98 va applicata la ridu-

zione delle aliquote di rendimento sulle quote di retribuzione pensionabile oltre il tetto come per l'INPS e precisamente:

- 2% sino al tetto
- 1,6% sulla fascia eccedente il 33% del tetto
- 1,35% per la fascia compresa tra il 33 e il 66 % oltre il tetto
- 1,10% per la fascia compresa tra il 66 e il 90 % oltre il tetto
- 0,90% per le somme eccedenti il 90 % del tetto.

RENDIMENTI PER CESSAZIONI DALL'1° GENNAIO 2003

Retribuzione	Aliquota di pensione
Fino a euro 36.960,00	2,00 %
da 36.960,01 fino a 49.156,80 euro	1,60 %
da 49.156,81 fino a 61.353,60 euro	1,35 %
da 61.353,61 fino a 70.224,00 euro	1,10 %
oltre 70.224,00 euro	0,90 %

RENDIMENTI PER CESSAZIONI DALL'1° GENNAIO 2004

Retribuzione	Aliquota di pensione
Fino a euro 37.884,00	2,00 %
da 37.884,01 fino a 50.385,72 euro	1,60 %
da 50.385,73 fino a 62.887,44 euro	1,35 %
da 62.887,45 fino a 71.979,60 euro	1,10 %
oltre 71.979,60 euro	0,90 %

Per il calcolo delle pensioni a decorrenza dal gennaio 1995 bisogna tener conto anche che

- la retribuzione da considerare è comprensiva dell'indennità integrativa speciale (a partire dal 2 gennaio 1995, data di cessazione 1° gennaio 1995)
- nella valutazione dell'aliquota di rendimento, i servizi maturati dal 1° gennaio 1995 valgono il 2 per cento l'anno.

TETTI INPS

Anno	Importo
1996	lire 60.687.000
1997	lire 62.993.000
1998	lire 64.126.000
1999	lire 65.280.000
2000	lire 66.324.000
2001	lire 68.048.000
2002	euro 36.093
2003	euro 36.960
2004	euro 37.884

Età al pensionamento	Coefficiente di conversione (*)
57	4,720% (**)
58	4,860%
59	5,006%
60	5,163%
61	5,334%
62	5,514%
63	5,706%
64	5,911%
65	6,136%

(*) Da applicare, cessando la attività lavorativa, al montante contributivo per ricavare la pensione annua.

(**) Lo stesso coefficiente si applica anche nel caso di pensione ai superstiti, qualora il dante causa abbia una età inferiore e nel caso in cui lavoratore, vantando almeno 40 anni di contribuzione, chieda la pensione prima del compimento del 57° anno di età.

Pensione diretta ordinaria – sistema contributivo

Determinazione della prestazione

Per ottenere l'importo annuo lordo della pensione (per la quale non è prevista alcuna integrazione al minimo), il sistema di calcolo contributivo si basa sul montante individuale dei contributi versati e degli interessi maturati moltiplicato per il coefficiente di trasformazione relativo all'età del lavoratore al momento del pensionamento.

Rivalutazione dei contributi versati

I contributi vengono rivalutati al tasso di capitalizzazione secondo la variazione media quinquennale del Pil nominale, calcolato dall'ISTAT, con riferimento al quinquennio precedente l'anno da rivalutare.

In particolare, il capitale dei contributi frutterebbe ogni anno un interesse, pari alla variazione del Pil, che va aggiunto al capitale, dando luogo a un montante (capitale più interessi).

Dal terzo anno in poi il montante verrebbe rivalutato cioè anche gli interessi maturati darebbero frutto.

IL MASSIMALE ANNUO in LIRE e in EURO	
Anno	Importo
1996	£. 132.000.000
1997	£. 137.148.000
1998	£. 139.480.000
1999	£. 141.991.000
2000	£. 144.263.000
2001	£. 148.014.000
2002	€ 78.506,80
2003	€ 80.390,96
2004	€ 82.400,54

Tetto contributivo

Poiché la sicurezza sociale non avrebbe ragione di essere sopra un certo importo, per tutti gli assicurati iscritti a forme pensionistiche obbligatorie a partire dal 1° gennaio 1996 è stato introdotto un

tetto massimo della retribuzione contributiva per la pensione, stabilito per il '96 in lire 132milioni non frazionabili e rivalutati annualmente sulla base dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie degli operai e impiegati calcolato dall'ISTAT e al tasso di incremento della dinamica dei redditi medi di lavoro.

Requisiti per il diritto alla pensione calcolata col metodo contributivo

Per avere diritto al trattamento di pensione bisogna

- cessare l'attività lavorativa
- aver maturato 40 anni di contribuzione (senza limiti di età) oppure aver maturato 5 anni di contribuzione con almeno 57 anni di età (a condizione che l'importo della pensione non risulti essere inferiore a 1,2 volte l'importo dell'assegno sociale, con eccezione al compimento del 65° anno (in questo caso è ininfluente l'importo di pensione).

Decorrenza

La pensione decorre dal giorno dopo la cessazione del rapporto di lavoro avendo maturato i requisiti richiesti.

Come si ottiene

Inoltrando la domanda.

Pensione ai superstiti aventi diritto

La pensione può essere indiretta o di reversibilità: nel primo caso se il titolare decede in attività di servizio, nel secondo se il titolare deceduto è già pensionato.

Aventi titolo

Sono considerati superstiti aventi diritto

- il coniuge
- i figli minori ed assimilati (adottivi e affiliati)
- i figli se studenti sino al compimento del 21° anno di età per gli iscritti alla scuola media superiore e del 26° anno per gli universitari
- i figli maggiorenni inabili a carico del genitore defunto

- genitori con almeno 65 anni di età non titolari di pensione e a carico del lavoratore defunto
- fratelli celibi e sorelle nubili inabili non titolari di pensione e a carico del lavoratore defunto.

Requisiti

Il decesso dell'iscritto.

Decorrenza della pensione

Dal 1° giorno del mese successivo a quello del decesso.

Come si ottiene

A domanda da inoltrarsi da parte del superstite avente diritto alla sede provinciale INPDAP competente per territorio.

Determinazione della prestazione

Spetta un trattamento determinato applicando l'aliquota prevista sul trattamento dell'iscritto.

Percentuali di pensione in favore dei superstiti

L'aliquota per il coniuge superstite è pari al 60%; orfani soli e coniuge superstite con uno o più orfani vedi la tabella allegata; genitore, fratelli, sorelle 15% ciascuno sino ad un massimo del 100%.

ALIQUTA DI PENSIONE DEGLI ORFANI O DEL CONIUGE CON FIGLI	
Senza coniuge superstite	Coniuge superstite con
1 orfano 70%	1 figlio solo 80%
2 orfani 80%	2 o più figli 100%
3 o più orfani 100%	

Perdita del diritto alla pensione indiretta o di reversibilità

- I figli perdono il diritto alla pensione al compimento della maggiore età oppure se studenti al conseguimento del titolo di studio e comunque non oltre il 21° anno per i corsi superiori e il 26° anno di età per gli universitari.
- Il coniuge superstite quando passa a nuove nozze perde il diritto alla pensione con decorrenza dal mese successivo a quello in cui è avvenuto il matrimonio.

Cumulo tra trattamenti di pensione ai superstiti e redditi del coniuge superstite

I trattamenti pensionistici al coniuge superstite sono cumulabili coi redditi del beneficiario di pensione in base a determinati limiti di reddito (sono esclusi i trattamenti di fine rapporto comunque denominato e le relative anticipazioni, quelli della casa di abitazione e le competenze arretrate sottoposte a tassazione separata).

L'aggancio della pensione al reddito non colpisce i beneficiari che hanno nel nucleo familiare figli minori, studenti o inabili.

La norma è stata dichiarata legittima dalla Corte costituzionale con la pronuncia 446 depositata in cancelleria il 13 novembre 2002.

CUMULO DELLE PENSIONI AI SUPERSTITI CON I REDDITI DEL BENEFICIARIO

Reddito sino a tre volte il minimo INPS	nessuna
Reddito superiore a tre volte il minimo INPS, calcolato in misura pari a 13 volte l'importo in vigore al 1° gennaio	25 %
Reddito superiore a quattro volte il minimo INPS, calcolato in misura pari a 13 volte l'importo in vigore al 1° gennaio	40 %
Reddito superiore a cinque volte il minimo INPS, calcolato in misura pari a 13 volte l'importo in vigore al 1° gennaio	50 %

Pensione di inabilità

Requisiti

Per il riconoscimento della pensione di inabilità sono richiesti:

- il possesso di un'anzianità contributiva di almeno cinque anni di cui tre nel quinquennio precedente la decorrenza del trattamento di pensione (ivi compresi i periodi riscattati o ricongiunti)
- la risoluzione del rapporto di lavoro per infermità non dipendente da causa di servizio (in questo caso compete la pensione di privilegio che decorre dal giorno successivo al collocamento a riposo e basta un solo giorno di contribuzione)
- il riconoscimento dello stato di "assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa"
- il riconoscimento dello stato di inabilità da parte della Commissione medica degli ospedali militari.

Decorrenza

Dalla data di risoluzione del rapporto di lavoro per le domande presentate in attività di servizio, mentre per le istanze presentate successivamente alla risoluzione del rapporto di lavoro, ma entro due anni dalla dispensa dal servizio, dal 1° giorno del mese successivo a quello dell'inoltro della domanda.

Determinazione della prestazione

Il trattamento pensionistico per inabilità viene calcolato in misura pari a quello che sarebbe spettato all'atto del compimento dell'età pensionabile con un massimo di 40 anni di anzianità utile, inoltre non può superare l'80 per cento della base pensionabile.

Incompatibilità

La pensione di inabilità è incompatibile con compensi per attività di lavoro autonomo o subordinato svolti successivamente alla concessione della pensione. Non esiste invece incumulabilità con eventuale rendita INAIL.

Reversibilità

La pensione di inabilità è reversibile ai superstiti aventi diritto.

Indennità una tantum

Se il medico pubblico dipendente decede senza aver raggiunto il diritto alla pensione contributiva (5 anni di anzianità contributiva di cui almeno tre nei cinque anni precedenti la data della morte, ai familiari superstiti che non abbiano maturato il diritto alla pensione indiretta, non abbiano rendite per infortunio o malattia professionale in conseguenza della morte del loro congiunto lavoratore e si trovino, alla data del decesso dell'assicurato, nelle condizioni reddituali per usufruire dell'assegno sociale spetta l'indennità una tantum che è pari all'importo al valore mensile dell'assegno sociale vigente alla data del decesso rapportato all'anzianità contributiva accreditata al lavoratore deceduto.

Per ottenere la liquidazione dell'indennità una tantum i beneficiari debbono presentare apposita domanda alla sede INPDAP competente per territorio nel termine di prescrizione di 10 anni dalla data del decesso.

Pensione di privilegio

Requisiti

Servizio con iscrizione alla CPS di almeno un giorno e inabilità assoluta a prestare ulteriore servizio derivante da infermità riconosciuta dipendente da causa di servizio da parte del Comitato tecnico per le pensioni di privilegio previa visita medico-collegiale presso l'Ospedale militare.

Decorrenza

Dal giorno successivo a quello di collocamento a riposo.

Come si ottiene

A domanda da parte dell'interessato con

l'indicazione delle infermità contratte per causa di servizio, da presentare entro 5 anni dalla cessazione.

Ammontare della pensione di privilegio

Il calcolo viene effettuato sulla pensione ordinaria commisurata ai servizi maggiorata di un decimo e non può essere inferiore alla metà, ai due terzi o al 90 per cento dell'ultimo stipendio annuo lordo percepito, rispettivamente per le infermità ascrivibili dalla sesta alla ottava categoria,

dalla seconda alla quinta e alla prima.

RIVALUTAZIONE DEI TRATTAMENTI DI PENSIONE

La rivalutazione delle pensioni, che con termine tecnico è chiamata perequazione, è garantita principalmente mediante l'aggancio al costo della vita.

L'adeguamento dovrebbe avvenire al 1° gennaio di ciascun anno con riferimento alla inflazione registratasi nel corso dell'anno precedente.

L'AUMENTO DELLE PENSIONI AL 1° GENNAIO 2004

Percentuale di aumento	Scaglioni mensili di pensione	
2,50%	sino a euro 1.206,36	aliquota intera
2,25%	oltre euro 1.206,37 sino a 2.010,60	90% dell'incremento
1,875%	sulla parte di pensione eccedente euro 2.010,60	75% dell'incremento

Il calcolo dell'aumento viene fatto riportando il valore medio dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie dell'anno precedente all'analogo valore medio relativo a due anni precedenti quello in cui scatta l'aumento.

L'aumento non avviene in modo uniforme, ma per fasce.

Infatti, l'adeguamento viene applicato secondo gli scaglioni del 100, 90 e 75 per cento secondo queste tre fasce: fino al doppio del trattamento minimo INPS, tra il doppio e il triplo del minimo INPS, oltre il triplo del minimo INPS.

Ulteriori aumenti sarebbero, invece, legati all'andamento dell'economia nazionale.

CUMULO PENSIONE-ALTRI REDDITI DI LAVORO

La pensione di anzianità è incompatibile parzialmente con altri redditi da lavoro. Per la Finanziaria 2003 tale divieto non opera più per i trattamenti di anzianità nei casi di anzianità contributiva pari o superiore ai 37 anni, a condizione che il pensionando abbia compiuto i 58 anni di età (i requisiti debbono sussistere all'atto del pensionamento).

L'INDENNITÀ PREMIO DI FINE SERVIZIO

Natura della prestazione

Il premio di servizio (tfs) era una prestazione di natura assicurativa previdenziale su base mutualistica nell'ambito della solidarietà del settore: infatti, veniva erogata da un apposito ente e non dal datore di lavoro, all'accantonamento concorrevano anche l'iscritto, è regolato da un'apposita normativa. Al contrario il trattamento di fine rapporto (tfr) è una retribuzione differita, pagata interamente dal datore di lavoro. Questa indennità era sorta e trovava il suo scopo per una dignitosa sopravvivenza economica dell'iscritto e dei suoi famigliari, quando alla cessazione dall'attività lavorativa tra ultimo stipendio e primo rateo di pensione potevano passare diversi mesi e talvolta qualche anno.

Attualmente sta assumendo i connotati del trattamento di fine rapporto di retribuzione differita.

In particolare, dal 1° gennaio 2001 il contributo è a totale carico del datore di lavoro.

Contribuzione

In precedenza era in parte a carico del lavoratore (2,50 per cento sull'80 per cento della retribuzione contributiva previdenziale) e in parte a carico del datore di lavoro (3,60 per cento sull'80 per cento della retribuzione contributiva previdenziale), ora è a carico totale dell'ente datore di lavoro.

Requisiti per il diritto

Requisiti per il trattamento del premio di servizio sono:

- la risoluzione del rapporto di lavoro e del rapporto previdenziale (non ha pertanto diritto alla prestazione il dipendente che cessi dal servizio presso un Ente iscritto e sia riassunto senza soluzione di continuità presso un altro Ente sempre iscritto all'INPDAP)
- il conseguimento di almeno un anno di iscrizione.

Come si ottiene

Non va più inoltrata la domanda da parte dell'interessato entro cinque anni dalla cessazione del rapporto di lavoro. Infatti è una prestazione, ora, liquidata d'ufficio, dovendo l'amministrazione-datore di lavoro inviare all'atto della cessazione dal servizio alla sede provinciale INPDAP competente per territorio la documentazione e i dati necessari alla liquidazione.

Quando viene erogato

Il pagamento deve avvenire entro tre mesi e mezzo (105 giorni) dalla cessazione dal servizio per limiti di età o di servizio, per inabilità o decesso; negli altri casi il termine dei tre mesi e mezzo decorre dopo sei mesi dalla cessazione dal servizio.

Diritto agli interessi legali per ritardato pagamento

Se il pagamento viene effettuato oltre i termini fissati, sulla somma debbono essere pagati dall'ente previdenziale gli interessi legali per il periodo di ritardo.

RISCATTO DELL'INDENNITÀ PREMIO DI SERVIZIO

Le attuali normative di legge impediscono il riscatto ai fini del trattamento dell'indennità premio di servizio (Tfs-lps) una volta passati in regime di Tfr.

In particolare, col nuovo istituto del Tfr non sarà più possibile il riscatto degli anni di laurea e di specialità; infatti, le norme che disciplinano la liquidazione del Tfr non prevedono la possibilità del riscatto. Una eccezione a questa regola è stata prevista dal legislatore per i dipendenti pubblici laddove all'art.1, comma 9 del DPCM 20 dicembre 1999 ha disposto che il personale a tempo determinato alla data del 30 maggio 2000, assoggettato obbligatoriamente al regime Tfr, possa riscattare eventuali servizi a tempo determinato svolti precedentemente all'entrata in vigore del DPCM che non abbiano fatto sorgere il diritto all'iscrizione all'INPDAP né abbiano dato luogo alla liquidazione da parte dell'Ente datore di lavoro. Una eventuale presentazione di domanda al Fondo pensione fa venire meno la possibilità di riscatto dell'ips (tfs). Infatti l'adesione alla previdenza integrativa comporta l'applicazione automaticamente del regime del Tfr, per il quale non è contemplata la facoltà del riscatto (INPDAP informativa 12/03).

Periodi riscattabili

Sono validi gli stessi servizi e periodi valutabili ai fini del trattamento di pensione in misura non superiore ai 14 anni, che non abbiano già dato luogo ad analogha indennità di fine servizio.

Come si calcola il contributo di riscatto

Il contributo è determinato in base alla retribuzione annua computabile ai fini del-

l'indennità premio di servizio, percepita dal dipendente odontoiatra al momento della domanda, all'età dello stesso, rispetto a quella prevista per il collocamento a riposo e al periodo riscattato.

Ai fini fiscali

Dal 2001 i contributi previdenziali, anche se non obbligatori, sono totalmente deducibili ai fini fiscali.

Calcolo dell'indennità premio di fine servizio

Il calcolo della prestazione è pari a 1/15 dell'80% della retribuzione contributiva (voci fisse e continuative della busta-paga) relativa agli ultimi 12 mesi di servizio, per ogni anno di servizio valutabile (servizio effettivo più periodi riscattati). Nei casi di reinscrizione l'indennità premio di servizio viene riliquidata limitatamente al servizio prestato, se quello precedente è già stato oggetto di liquidazione.

Per i medici i periodi prestati a rapporto di tempo definito vengono calcolati al 75 per cento.

Imposizione fiscale

Il premio di servizio è soggetto a tassazione separata (pertanto, operata alla fonte e in via definitiva) per le somme imponibili (infatti, vanno detratte in pro quota le somme riferibili alle somme versate dall'iscritto cioè il 40,98 % sugli anni di effettiva contribuzione; secondo una recente interpretazione dell'INPDAP sarebbero quindi esclusi i contributi per gli anni riscattati - sentenza 42/1993 della Corte costituzionale e sentenza 10584/1997 della Cassazione).

L'indennità premio di servizio non è cedibile, è sequestrabile e pignorabile nei limiti di 1/3 dei crediti alimentari e di 1/5 negli altri casi.

Per determinare l'imponibile si debbono dedurre dal trattamento globale del premio di servizio le somme pertinenti ai versamenti contributivi effettuati dal medico e euro 309,87 pari a 600mila lire (non indicizzati) per ciascun anno di an-

zianità effettiva presa a base di calcolo. L'aliquota impositiva va riferita alle tabelle IRPEF dell'anno in cui è sorto il diritto al pagamento ed è in relazione al reddito di riferimento che si ottiene dividendo l'ammontare dell'indennità premio di servizio, al netto delle somme riferite allo scorporo del 40,98 per cento, per il numero di tutti gli anni presi a base della commisurazione e moltiplicato per dodici.

Di recente l'INPDAP, facendo riferimento ad una sentenza della Corte Costituzione (numero 42/1992) e della Cassazione (numero 10584/1997), ha deciso di sottoporre i servizi riscattati all'imposizione fiscale nella loro totalità, riservando la detrazione del 40,98 per cento (percentuale di riferimento alla quota di contribuzione pagata dal medico dipendente del SSN) solo agli importi relativi al servizio effettivo.

IL PREMIO DI SERVIZIO ex INADEL

1/15 dell'80% degli ultimi 12 mesi (compresa la tredicesima) di:

- tabellare base
- ind.integr.speciale
- ind.inc.quinquennale
- ind.specificita' medica
- ind.posizione:parte fissa (*) parte mobile (*)
- retr.indiv.anzianita'
- retr.risultato (**)
- ind.esclusivita'

(*) variabili, sono calcolate solo le cifre base (**) variabili

Moltiplicato

il numero degli anni dei servizi utili:
effettivo servizio
+
riscatti

Detratta IRPEF

legge 482/85: detrazione dall'imponibile di 309,87 euro per ogni anno

legge 154/88: scorporo somme pertinenti ai versamenti contributivi del lavoratore: 40,983607 per cento - l'INPDAP ora esclude i periodi riscattati

- I servizi a tempo definito sono computati al 75 per cento
- I periodi riscattati o antecedenti al 1970 sono calcolati come i servizi a tempo pieno

Acalasia esofagea, malattia da reflusso, ernia iatale: Gold standard laparoscopici

27 novembre 2004

**Aula Magna - Ospedale Maggiore
Bologna**

SEDE DEL MEETING

Aula Magna Ospedale Maggiore
Largo Nigrisoli, 2 - 40133 Bologna

L'OSPEDALE MAGGIORE

Dov'è ubicato

- Sul territorio di Bologna a ovest rispetto alle Due Torri.
- In corrispondenza del Colle di S. Luca.
- In vicinanza di via Emilia Ponente, Tangenziale e Autostrada (A1).

Come raggiungerlo

- Tangenziale: Uscita 4 (Aeroporto)
- Taxi: Tel. 051.534.141 - 051.372.727

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Dr.ssa R. D. Berta, Dr. S. Boschi, Dr. M. Di Domenico, Dr. L. Fogli, Dr. P. Patrizi, Dr. F. Vetere.

Chirurgia Generale a Indirizzo Gastroenterologico e Laparoscopico

Reparto: 051.31.72.832/35

Centralino: 051.64.78.111

Fax: 051.31.72.831

E-mail: chirgastrolaparo.maggiore@ausl.bo.it

Il governo clinico della sindrome metabolica

24-27 novembre 2004

Aula Prodi

INFORMAZIONI GENERALI

Sede: Aula Prodi, Complesso Monumentale San Giovanni in Monte - Piazza San Giovanni in Monte - Bologna

ISCRIZIONI

L'iscrizione è gratuita.

Si prega cortesemente di inviare la scheda di adesione alla Segreteria Organizzativa entro il 12 novembre 2004.

La partecipazione al Convegno comprende

- Cartella congressuale • Badge
- Coffee Break • Attestato di partecipazione

ECM

Il Convegno è stato registrato presso la sezione E.C.M. del Ministero della Salute in ordine alla definizione dei crediti formativi per la categoria di Medico-Chirurgo.

Segreteria Scientifica

Prof. Nazario Melchiona - Unità Operativa Malattie del Metabolismo Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola-Malpighi Via Massarenti, 9 - Bologna
Tel. 051.63.64.889 - 051 63.64.189

Segreteria Organizzativa

I&C s.r.l. - Via A. Costa, 2 - 40134 Bologna
Tel. 051.61.44.004 - Fax 051.61.42.772
E-mail: posta@iec-srl.it

Seminari formativi su “La relazione psicoterapeutica”

La SIPP organizza un gruppo di discussione e riflessione sull'esperienza clinica rivolto a psicologi, psicoterapeuti, medici, che lavorano in area privata o pubblica.

Il gruppo, condotto da soci SIPP, si propone quale spazio di confronto ed ascolto dell'esperienza secondo il vertice psicoanalitico, per favorire una maggiore comprensione delle dinamiche presenti nella relazione paziente-terapeuta.

PER ISCRIZIONI ED INFORMAZIONI

Gli incontri a cadenza mensile si svolgeranno da gennaio a giugno 2005.

Dott.ssa Maria Annunziata Tentoni
(Rimini) - Tel. 0541.73.46.70

E-mail: mtentoni@tin.it

Dott.ssa Marina Campanini (Bologna)
Tel. 051.47.05.59

E.mail: sipp.bologna@fastwebnet.it

Una rivoluzione in chirurgia colonproctologica

Fisiopatologia Tecniche Tecnologie

Venerdì 10 dicembre 2004 h. 17.00

Sala STABAT MATER Archiginnasio

Sabato 11 dicembre 2004 h. 8.30

AULA MAGNA Ospedale Maggiore
Bologna

SEDE DEGLI INCONTRI

Venerdì 10 Dicembre 2004 h. 17

Sala STABAT MATER Archiginnasio
Piazza Galvani, 1 - Bologna

Sabato 11 Dicembre 2004 h. 8.30

Aula Magna Ospedale Maggiore
Largo Nigrisoli, 2 - 40133 Bologna

Segreteria Scientifica

R.D. Berta, S. Boschi, M. Di Domenico,
L. Fogli, P. Patrizi, F. Vetere

ECM

Chirurgia Generale a indirizzo Gastroenterologico e Laparoscopico Ospedale Maggiore Bologna

Direzione: 051.31.72.830

Reparto: 051.31.72.832/35

Centralino: 051.64.78.111

Fax 051.31.72.831

E-mail: chirgastrolaparo.maggiore@ausl.bo.it

C O S

POLIAMBULATORIO ODONTOIATRICO

Direttore Sanitario Dr. Davoli Federico - Aut. San. N. 9/2003

RICERCA MEDICI DI OGNI BRANCA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER COLLABORAZIONI.
40040 Silla - Gaggio Montano - Via Kennedy, 63 - Tel. 0534.30915 - odontocos@libero.it

IN DIRETTA DALLA SALA OPERATORIA

V Workshop

Endometriosi: malattia sociale? La difficoltà della terapia, il bisogno della cura

Bologna 25-26-27 Novembre 2004

Modulo di Endoscopia Pelvica e Chirurgia Mini-Invasiva Ginecologica
U.O. di Fisiopatologia della Riproduzione Umana - Policlinico S. Orsola-Malpighi
Università degli Studi di Bologna
Via Massarenti - 40138 Bologna

Presidenti:

S. Venturoli, G. Scarselli

Organizzatori:

R. Seracchioli

E. Mattei

Policlinico S. Orsola-Malpighi
Università degli Studi di Bologna
Via Massarenti, 9 - Bologna
Aula "M.T. Chiantore"
Istituto Ematologia

Segreteria Scientifica

Dott. Renato Seracchioli

Modulo di Endoscopia Pelvica e Chirurgia Mini-Invasiva Ginecologica

U.O. di Fisiopatologia della Riproduzione

Umana - Policlinico S. Orsola-Malpighi

Via Massarenti, 13 - 40138 Bologna

Tel./Fax 051.63.63.944

E-mail:

seracchioli@orsola-malpighi.med.unibo.it

Segreteria Organizzativa

H.T. Congressi s.r.l.

Via Benedetto Marcello, 1 - 40141 Bologna

Tel. 051.48.08.26 - Fax 051.48.05.82

E-mail: congrex@tin.it

www.hicongressi.it



Per gentile concessione Aboca Museum

La conoscenza della morte

“Psicologia del vivere e del morire”

Anno Accademico 2004-2005

7 Week-end

Dicembre 2004 - Giugno 2005

Hotel Polo - Rimini

Il programma del Corso è stato trasmesso al Ministero della Salute per l'accreditamento degli ECM (crediti formativi).

Per eventuali chiarimenti è attivato il numero telefonico 081/25.35.637 dalle ore 10.00 alle ore 14.00 dal Lunedì al Venerdì

P. Impronta, e-mail: pasimpro@unina.it
Dott.ssa Maria Vitiello 339.26.81.173
Dott. Salvatore Rotondi 349.10.13.821

Il testo integrale del suddetto bando è consultabile al sito web:
<http://www.unina.it/didattica/corsi/Perfezionamento>

Alma oftalmologia ecm 2005

L'Unità Operativa di Oftalmologia a direzione universitaria del Policlinico S.Orsola-Malpighi, diretto dal Prof. Emilio C. Campos, organizza per il prossimo 2005 un calendario di incontri di aggiornamento a cadenza mensile, accreditati con il sistema ecm presso la regione Emilia Romagna e denominato nel suo complesso Alma Oftalmologia ecm 2005. In un'ottica di raccordo tra le varie figure professionali che, oltre ai Medici Oculisti, affrontano la patologia oftalmologica in assetto interdisciplinare, tutti gli incontri sono proposti ed accreditati anche per i Medici di Base, secondo il seguente programma:

Giovedì 17 Febbraio 2005

Edemi retinici

Giovedì 17 Marzo 2005

Il trattamento dell' epifora

Giovedì 14 Aprile 2005

Superficie oculare e malattie reumatiche

Giovedì 16 Giugno 2005

Il glaucoma: la semeiologia oggi

Giovedì 15 Settembre 2005

Il paziente distiroideo

Giovedì 27 Ottobre 2005

Diabete e occhio

Giovedì 17 Novembre 2005

Aspetti pratici nella gestione del paziente candidato per la chirurgia refrattiva

Sede:

Aula Magna Clinica Oculistica, Pad 23
Policlinico S.Orsola-Malpighi, Via Massarenti, 9 Bologna

Orario: 18.00 – 22.00 incluso break dinner

Partecipazione gratuita

I programmi degli incontri saranno a breve resi disponibili sul sito:

http://www.reparti_servizi/oftacampos

Per informazioni contattare Dr.ssa Piera Versura, Università di Bologna

Tel. 051 6364646

e-mail: versura@alma.unibo.it

Centro Odontoiatrico Grimaldi

Via Grimaldi 6/e -Bologna (adiacenze Paladozza)

Affitta Locale/i operativi odontoiatrici

in ambulatorio odontoiatrico autorizzato ai sensi della L.R. n. 34/98
e succ. modific. e norme delibere applicative

rif. Dott. Antonio Madera 051 6494868 (LMMGV), 3358114518 (SD)

Medico specialista è disponibile a condividere con uno o due colleghi il proprio studio medico a Castel S. Pietro Terme (BO) (2 locali, sala d'attesa, servizi, comodo parcheggio).
Tel. 051 450979 - Cell. 333 7877464.

Cercasi colleghi specialisti con cui condividere studio in ottimo stato (no odontoiatri e ginecologi). Zona Castenaso. Telefonare allo 051 785176.

Affittasi studio medico per singole giornate o mezze giornate in Via Dante nei pressi di Piazza Trento e Trieste. Per informazioni tel. allo 051 301977.

Affittasi a prezzo interessante (comprensivo di luce, acqua, riscaldamento, segreteria, telefono, ecc.) ambulatorio medico, impianti a norma, avviato, zona Marconi, anche per qualche pomeriggio settimanale.
Tel. 051 229893 - oppure 348 8732429.

Studio Odontoiatrico in Medicina provincia di Bologna cerca ortodontista per collaborazione.
Tel. 051 851930

Affittasi monolocale in via Marconi arredato e nuovo a referenziati.
Tel. 347 6513137.

Vendesi studio dentistico completo a Crevalcore centro.
Tel. 338 7314844 - 051 495090.

Cedesi attività ambulatoriale Medici-

na di Base. Tel. 051 223333

Concentratore di ossigeno per patologie respiratorie, marca "Mountain Medical Equipment U.S.A.", 220 Volt, montato su ruote, come nuovo vendo a € 150. Tel. 051 333357.

Ago elettrico per depilazione professionale vendo a € 70.
Tel. 051 333357.

Cercasi collega con clientela propria per condividere studio odontoiatrico autorizzato sito in Bologna zona d'Agleglio. Tel. 335 335807.

Studio medico affitta a colleghi esclusi oculisti ambulatorio arredato in zona Mazzini, Via Ortolani, Bologna. Sala d'attesa con servizio di segreteria. Per informazioni tel. 051 547396 - Cell. 347 2212398.

Affittasi studio medico arredato, clima, impianti a norma, doppi servizi (bagno handicap), Via Bondi (angolo Via Massarenti). Mattine e pomeriggi. Servizio reception.
Tel. 338 9367856.

Affittasi ambulatori presso studio medico avviato Castenaso centro prezzi modici.
Tel. 339 2518770.

Acquisto, usate, sonda da 7,5 Mhz endorettale biplanare e sonda Convex 3,5 Mhz (per "spazio" e AU4 Esaote).
Recapito telefonico 335 5381009.

Offresi collaborazione in studio dentistico per conservativa, endodonzia, piccola chirurgia, protesi fissa e mobile. Tel. 051 715457 - 338 6015965.

Affittasi appartamento in piccola palazzina adiacenze ospedale S. Orsola, in strada poco trafficata, silenzioso, lumi-

noso, composto da cucina, soggiorno, 3 camere, bagno, giardino, garage. Telefonare al numero 335 6035243.

Affittasi appartamento 60 mq. zona S. Orsola elegantemente ristrutturato. Tel. 335 3468800 - 335 299914.

ELENCO INSERZIONISTI BOLLETTINO OTTOBRE 2004

CASA DI CURA "AI COLLI"	pag. 34
CENTRO DERMATOLOGICO	pag. 49
CENTRO ODONTOIATRICO GRIMALDI	pag. 63
CENTRO SAN MICHELE	pag. 46
C.O.S. POLIAMBULATORIO ODONTOIATRICO	pag. 60
HESPERIA HOSPITAL	pag. II ^a di cop.
DAL MONTE DERNA	pag. 13
POLIAMBULATORIO CKF	pag. 19
POLIAMBULATORIO OPPICI	pag. 37
POLIAMBULATORIO SANTA LUCIA	pag. 15
SAN PAOLO IMI	pag. IV ^a di cop.
VILLA BARUZZIANA	pag. 7
VILLA BELLOMBRA	pag. 23
VILLALBA HOSPITAL	pag. 11

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: ASSOMNIA SAS DI DE BERNARDIS CLAUDIO E C.
17 VIA RANZANI - 40127 BOLOGNA - TELEFONO E FAX 051 241379