

# BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLIII - N° 8 AGOSTO 2012

litro corpore generat...  
VI. An dentur certa signa assumpti veneni.  
VII. De signis propinati veneni: & de fallacia & valibilitate eorum signorum.

XII. Quorum præcipue venenorum commercium sit interdendum.  
XIII. De veneficis, incantamentis, & fascino.

## SUMMARIUM

- 1 Medicorum, iudicis statum, an quis ex veneni confesso rei, confessio ad probandum veneno potuisse.
- 2 Rei confessio irrita evadit, si veneni quantitatem, vel quod ad occidendum, & non.
- 3 Venenandi, crimen, gravius homicidio.
- 4 Venenarii non gaudent ob veneni suspicionem.
- 5 Rous mortis, non potest mendari.
- 6 Bannitus veneno, in puniendo delicti nobilitas ab ignobili.
- 7 Veneni appellatio.
- 8 Venena nunc solum dicuntur, sed etiam venenorum quædam.
- 9 Venena mala ad dicitur, & imprudenter.
- 10 Venenum proprium.
- 11 Venena proprie dicuntur.
- 12 Venenarii, qui.
- 13 Venefici proprie qui.
- 14 Venenum quid ex communi.
- 15 Venenum quid secundum legem.
- 16 Venenum quid secundum legem.
- 17 Venenum quid secundum legem.
- 18 Venenum quid secundum legem.
- 19 Venenum quid secundum legem.
- 20 Venenum quid secundum legem.
- 21 Venenum quid secundum legem.
- 22 Venenum quid secundum legem.
- 23 Venenum quid secundum legem.
- 24 Venenum quid secundum legem.
- 25 Venenum quid secundum legem.
- 26 Venenum quid secundum legem.
- 27 Venenum quid secundum legem.
- 28 Venenum quid secundum legem.

## QUESTIO I.

De veneni nomine & appellatione.

- 1 IN materia de Venenis, multa Jurisconsultis occurrunt, quæ consilium nam vel ipsi. Itaque præcipue de veneno interierit standum est. Alibi præci, crim. sit. d. c. 2. rubr. item quo conclus. 1034. nu. 2. Guazzin. de Reo Neque enim rei confessio, quod nimirum dederit venenum, ita ut ob eam condemnari possit: sed requiritur Medici verum, quod definitur, an illud occidat.

nec aptum ad occidendum, reddunt etiam rei ipsius confessionem, Guazzin. ubi sup. n. 12. infra. sic etiam veneni sentiunt; nam si quidem Medici intermendi alicuius veneni in tanta sententia, reum etiam confessum, & sius ubi sup. n. 8.

Ubi Jurisconsultis ad hoc de sententia accedimus; præcipue veneni, gravissimum delictum, ut homicidium, l. 1. de homicidio, ut proditores habeant summam, Tinnit. & Fidei. n. 4. & notavit etiam Ranchinus in Hipp. vers. Nos tamen contra, & non gaudeant. Caball. Pharmac. de Immunitate his, quod propter separationem inter communi quoque de huius, 122. am. 2. sit. de hoc. am. adeo, leges ab hoc veneno, uti nolunt; reum non potest condemnari. Caball. ex nostris tamen, dicitur, ne hostibus, neque ad ule-

## IN QUESTO NUMERO

- Cina e Italia, dialogo sulle cure. Focus su disturbi cardio-cerebrovascolari, diabete e patologie dell'invecchiamento, Sergio Stefania pag. 3
- Paolo Zacchia radice della nuova Medicina e del rapporto col Diritto, Lizziana Balbo, Giovanni Pierini pag. 3
- Stima della popolazione medica attiva in Italia dal 2009 al 2059, pag. 11
- Commenti al Bilancio Consuntivo 2011 della Fondazione Enpam, pag. 22-

Paolo Zacchia  
Quaestiones  
fronsespizio Libro II - De Veneficis



# BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

## **DIRETTORE RESPONSABILE**

Dott. Paolo Roberti di Sarsina

## **DIRETTORE DI REDAZIONE**

Dott. Luigi Bagnoli

## **COMITATO DI REDAZIONE**

Dott. Pietro Abbati  
Dott. Massimo Balbi  
Dott. Carlo D'Achille  
Dott. Andrea Dugato  
Dott. Flavio Lambertini  
Dott. Sebastiano Pantaleoni  
Dott. Stefano Rubini  
Dott.ssa Patrizia Stancari

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

Pubblicazione mensile  
Poste Italiane s.p.a -  
Spedizione in Abbonamento Postale -  
D.L.353/2003 (conv. L.27/02/2004 n.46)  
art.1, comma 1, CN/BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna  
n. 3194 del 21 marzo 1966

Contiene I.P.

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed  
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:  
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Luglio 2012  
è stato consegnato in posta  
il giorno 4/7/2012

# SOMMARIO

**ANNO XLIII - AGOSTO 2012 N° 8**

## **ARTICOLI**

Cina e Italia, dialogo sulle cure. Focus su disturbi cardio-cerebrovascolari, diabete e patologie dell'invecchiamento • **3**

Paolo Zacchia radice della nuova Medicina e del rapporto col Diritto • **5**

Stima della popolazione medica attiva in Italia dal 2009 al 2059 • **11**

Commenti al Bilancio Consuntivo 2011 della Fondazione Enpam • **22**

## **NOTIZIE**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **28**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **29**

**CONVEGNI CONGRESSI • 30**

**PICCOLI ANNUNCI • 32**

**Direzione, redazione e amministrazione:**  
via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna  
Tel. 051 399745

**www.odmbologna.it**

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

## *Presidente*

Dott. GIANCARLO PIZZA

## *Vice Presidente*

Dott. LUIGI BAGNOLI

## *Segretario*

Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

## *Tesoriere*

Dott. VITTORIO LODI

## *Consiglieri Medici*

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott. STEFANO FERRARI

Dott. OSCAR FINI

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. STEFANO PILERI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

## *Consiglieri Odontoiatri*

Dott. ANDREA DUGATO

Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

## *Commissione Albo Odontoiatri*

Presidente: Dott. CARLO D'ACHILLE

Segretario: Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Componenti: Dott. EMANUELE AMBU  
Dott. PIETRO DI NATALE  
Dott. ANDREA DUGATO

## *Collegio dei Revisori dei Conti*

Presidente: Dott. FRANCO BENETTI

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO  
Dott. ALESSANDRO ZATI

Supplente: Dott. FRANCESCO QUARANTA

*Siglata a Bologna una dichiarazione di intenti per costruire sinergie di collaborazione.*

## Cina e Italia, dialogo sulle cure. Focus su disturbi cardio-cerebrovascolari, diabete e patologie dell'invecchiamento

Sergio Stefoni

Che cosa sappiamo veramente della medicina cinese? E perché cercare oggi di riaprire un dialogo fra le due culture mediche? Quando si parla di medicina cinese l'immaginario collettivo rimanda a "saggezze" millenarie orientate al benessere della persona nella sua integrità di corpo e spirito e a ristabilire l'armonia delle parti che compongono l'insieme, ma anche a pratiche di confine troppo spesso associate a panacea, suggestione, mito... Ma la domanda di medicina tradizionale cinese, non solo nel contesto delle cosiddette "cure palliative", appare forte in Europa e non possiamo certo lasciare all'improvvisazione di alcuni – spesso privi di abilitazione alla professione medica – la risposta. Secondo recenti stime, in Italia il numero di persone che si rivolge ogni anno alla medicina alternativa e complementare rappresenta circa il 16% della popolazione. In Germania ben il 90% della popolazione riconosce l'agopuntura un metodo di trattamento medico, tanto che è il 39% dei tedeschi a rivolgersi almeno una volta nella vita a queste pratiche. In Gran Bretagna sono 3.000 le cliniche che offrono trattamenti di medicina tradizionale cinese. In Francia risultano molto diffuse anche l'omeopatia e la fitoterapia e più dell'8% dei medici utilizza la medicina tradizionale cinese. In effetti, la medicina "scientifica" occidentale, alla quale si ricorre fiduciosi, delegando allo specialista di turno la responsabilità per la propria guarigione, sta mostrando i suoi limiti intrinseci, proprio di fronte alle sfide che sono la cifra distintiva di una società che invecchia a vista d'occhio. Basti pensare all'Alzheimer o alle malattie croniche degenerative, in rapido aumento fra la popolazione e per le quali ancora oggi non si può che limitarsi ad

alleviare qualche sintomo. Quello che si osserva in Occidente è allora un progressivo spostamento dell'attenzione della comunità medica (ricercatori e clinici) dalla cura alla prevenzione, dalla malattia alla salute, dal trattamento della specifica patologia alla presa in carico della persona nella sua irriducibile complessità. Allo stesso tempo in Oriente, che a livello mondiale sta acquisendo un ruolo di prim'ordine non solo nel mercato dei beni, ma anche nei diversi campi dell'umano sapere, si assiste (da anni) a una crescente tendenza alla validazione di alcune delle teorie e delle pratiche della medicina tradizionale cinese con gli strumenti e i metodi "evidence based" della scienza moderna. E così, immaginando il valore e il vantaggio della possibile confluenza dei due fiumi, si scopre che le due culture mediche non solo sono in grado di parlare un linguaggio comune, senz'altro utile allo scambio di esperienze dimostrate efficaci nella cura e nella prevenzione delle malattie, ma possono sin d'ora condividere obiettivi e sforzi verso una meta ambiziosa, che è la salute nel suo senso più ampio e pregnante. In questa direzione l'Italia ha avuto recentemente il privilegio di ospitare il primo Dialogue on Human health between Tcm Culture and Western Medicine culture, che ha fissato in una storica "Dichiarazione" (siglata all'Università di Bologna l'11 maggio scorso – si veda box) gli scopi e i passi da compiere per la costruzione sinergica di un nuovo modello collaborativo di salute e di cura delle malattie in grado di far cooperare concretamente le due culture mediche, attraverso la costituzione di un tavolo permanente grazie al quale ricercatori e clinici dei "due mondi" potranno confrontarsi periodicamente sugli

avanzamenti scientifici e clinici ottenuti secondo il nuovo approccio.

A Bologna hanno “aperto il dialogo” scienziati europei e scienziati cinesi, mettendo in luce l'efficacia clinica di tale integrazione possibile, specialmente nella prevenzione e nel trattamento delle malattie più diffuse, quali i disturbi cardio-cerebrovascolari, il diabete, i tumori, i disturbi respiratori, i disturbi cronici e degenerativi legati all'invecchiamento della popolazione, malattie che stanno mettendo a dura prova le politiche sanitarie mondiali, con costi crescenti che tanto pesano sui

bilanci degli Stati. Dati dei trial clinici alla mano, si è visto dunque che alcune pratiche che hanno radici nella medicina tradizionale cinese, quali l'agopuntura o i prodotti naturali a base di erbe a esempio, unitamente a trattamenti della medicina convenzionale possono contribuire in modo significativo al ristabilimento dello stato di salute di una persona malata, spesso con riduzioni importanti dei costi di trattamento, degli effetti collaterali e del tempo di guarigione. Patrizia Hrelia dell'Università di Bologna ha presentato uno studio che dimostra nella prevenzione e nella cura dei tumori l'efficacia dei composti fitochimici, sostanze naturali che si trovano negli alimenti di origine vegetale, caratterizzate da una azione non specifica che può costituire un

vantaggio nel contesto altamente differenziato delle diverse forme tumorali. Laurent Degos, presidente della Fondation Franco-Chinoise pour la Science et ses applications, ha presentato i risultati della stretta collaborazione fra i ricercatori degli Istituti di ematologia di Parigi e di Shanghai, che ha portato alla scoperta di una cura della leucemia acuta promielocitica (una forma tumorale) efficace nel 90% dei casi. Il “dialogo” su questo difficile banco di prova ha fatto inoltre emergere alcuni tratti comuni

alle due culture: l'intento di personalizzare il trattamento, di combinare vari prodotti al fine di aumentarne l'efficacia, infine di riparare e non di distruggere le cellule. Nelle parole del presidente Xu Jialu, la medicina tradizionale cinese può essere definita la quinta grande invenzione della Cina, dopo la bussola, la polvere da sparo, la carta e la stampa; “usando questo enorme tesoro è approcciato con i mezzi della scienza moderna e in sinergia con la medicina occidentale, la forza che ne deriva non è minore di quella delle grandi invenzioni che hanno cambiato il mondo”.

**Autore:** Sergio Stefoni - Preside della Facoltà di Medicina e chirurgia - Università di Bologna

*Per gentile concessione de Il Sole 24 Ore Sanità*

*Casa di Cura*  
***Ai Colli***

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO  
 PER MALATTIE MENTALI**

**Direttore Sanitario e Primario:**  
 Dott. Paolo Baroncini - Medico Chirurgo  
*Specialista in Psichiatria e Psicologia Medica*

---

**40136 BOLOGNA**  
 VIA SAN MAMOLO, 158 - TEL. 051 581073 - FAX 051 6448061  
 Sito internet: [www.aicolli.com](http://www.aicolli.com) - E-mail: [casadicura@aicolli.com](mailto:casadicura@aicolli.com)

# Paolo Zacchia radice della nuova Medicina e del rapporto col Diritto

Tiziana Balbi e Giovanni Pierini

La luce della pittura rinascimentale che tutto pervade, ispirando fiducia nella razionale centralità dell'Uomo, alla fine del '500 evita gli sfondi, destinati ad ospitare spesse ombre, un carattere questo distintivo del '600 drammaticamente lacerato fra Tradizione e Innovazione, fra platonismo e razionalismo, speranze utopiche e dannazioni. Tempi che hanno già rifiutato il genio di Campanella e di Moro, sullo sfondo della più generale crisi del modello della cultura e della politica del Rinascimento. Si rappresentò un dramma, non solo intellettuale e filosofico, ma anche religioso e politico, avente per personaggio tutti coloro che, oggi "scienziati" nascevano allora come "filosofi" (come si evince dalla lettera sul veneficio di Filippo Ingrassia del 1561), e dove concetti nati da una vita interiore diversa e lontana dalla nostra animavano un mondo di differente struttura, a noi ormai straniero. Il metodo scientifico del '600 è di tipo ordinato, ovvero per condurre una osservazione distingue ogni oggetto dagli altri, analiticamente quindi, separandolo dal contesto in cui si inserisce, ma permane viva, all'opposto, la tradizione ermetica e occulta dell'Alchimia, legata all'indagine sulle verità velate, le virtù nascoste, intese questa volta invece come un corpo unico, e concatenate in termini di simpatia o antipatia, ovvero di affinità, nei tre regni della Natura che non sono quindi solo l'inanimato, il vegetale e l'animale, bensì il corpo, l'anima e lo spirito. Tali relazioni sono note come "Segreti della Natura", legate linearmente al principio emanatore che a sua volta è identificabile in un cielo di particolare grado di spiritualità. Per il filosofo-alchimista non esiste un nesso causale in forma di legge. Così la musica, intesa più secondo il modo pitagorico che come semplice espressione melodica (inizialmente monodica), è il suono delle proporzioni secondo le quali il Logos manifesta continuamente il mondo. Tale radice filosofica rende quindi conto anche dei legami tra musica e Medicina così come con le arti magiche demòniche, fonte dei sospetti degli inquisitori come delle speranze del resi-

stente paganesimo delle campagne e dei ceti poveri: fare musica è attivare forze che regolano l'Universo, e che possono essere percepite dai sensi umani in quanto capaci di risuonare, in simpatia, tanto con l'armonia del Logos quanto con gli aspetti arrovesciati e notturni propri della sua manifestazione all'intelletto dell'uomo, incapace di percepire l'Unità al di fuori della contrapposizione dualistica di opposti.

Le forze di generazione del Logos, gli archetipi, si manifestano attraverso il mito, che ha come regola espressiva il linguaggio poetico e la musica, e ogni Tradizione canterà, anziché semplicemente narrare, le proprie origini, ben distinte dall'incedere della Storia. La Storia è infatti narrazione di ciò che è stato visto con occhi umani, il mito è il primitivo ponte con la Trascendenza dalla quale proviene l'uomo. Il canto segue regole tonali e armoniche a partire da scale ormai desuete: un tono fra Terra e Luna, un semitono fra Luna e Mercurio, e fra questo e Venere; un tono e mezzo fra Venere e Sole; uno fra la stella e Marte; un semitono fra Marte, Giove e Saturno. Partendo da Saturno si genera una scala in stile dorico, partendo invece da Giove in stile frigio (Diapason pitagorico secondo Plinio, libro delle comete, *Naturalis Historia*, 21,4).

Il '600 che nasce alla luce sinistra del rogo di Giordano Bruno in Campo dei Fiori a Roma è quindi il secolo della vertigine scientifica, come della solitudine personale come unica e solitaria risposta al dogmatismo imperante. Scrive Malpighi: "... lo sguardo dell'uomo va dall'immensità delle viste di Galileo alle "meccaniche mirabili" del mondo vivente microscopico". La nuova posizione dell'uomo rispetto alla Natura rivela una fragile instabilità, indotta dal confronto fra un infinito grande e uno altrettanto piccolo, resa ancora più amara e angosciata dalle conclusioni emergenti dalla ripresa della dottrina democritea sulla suddivisione all'infinito della materia, a spiegazione dell'influenza a distanza dei fenomeni che apparentemente non derivino da contatto o passaggio di agenti visibili, come per es. nella discussione

sull'origine della scarica elettrica delle torpedini, spiegata come passaggio di particelle invisibili (Lorenzini). La spiegazione comunque, anche se da una parte tende ad ampliare la prospettiva vertiginosa di un mondo che si apre in successive osservazioni senza mai permettere di toccare il fondo, rappresenta tuttavia il primo seme dell'ulteriore e finale rivoluzione che inaugurando definitivamente la via empirica aprirà alla scienza moderna.

La fragilità appare come detto nel cupo fondo della pittura, lontano dal ceruleo e luminoso cielo rinascimentale, dove lampeggia l'arte di Caravaggio, dove siede la malinconia delle opere raffiguranti nature morte, emblema di riflessione e meditazione.

I due mondi della Scienza, tradizionale e nuovo, sono quindi sovrapposti e contrapposti in modo inestricabile anche dal punto di vista cronologico, nel senso che il passaggio dal primo al secondo non avviene per gradualità, ma attraverso ampie zone di sovrapposizione, nelle quali si agitano conflitti di ogni tipo. Anche la trattatistica maggiore riflette questo travaglio, anzi un vero e proprio scontro: Andreas Libavius, professore di storia e poesia a Jena, poi di Medicina e quindi direttore del Ginnasio Casimiriano di Coburgo, pubblica numerose opere di chimica e di alchimia in una combinazione di aristotelismo e magia; Michael Sendivogius, alchimista, attivo alla corte di Rodolfo II a Praga, e Robert Fludd, membro del Royal College of Physicians e ammiratore di Paracelso, scrivono la difesa dei Rosacroce riprendendo la tradizione neoplatonica. Kenelm Digby, filosofo naturale, studioso letterato ed esperto d'arte stimato da Bacon, Hobbes, Descartes e Boyle, è uno dei primi membri della Royal Society; aristotelico, sostiene una teoria atomistica della materia in cui prevale la dottrina della *sympatia occulta* fra le forze. Il Diritto Canonico considerò il veleno in stretto legame con la magia, ravvisandovi il *sortilegium* e il *daemoniacum*, tanto da annoverarlo fra i fatti diabolici, impostazione fin dal tempo antico accettata da tutti i popoli convertiti dell'alta Europa. La pena di morte seguiva in considerazione sia dell'*animus necandi* che *laedendi*, anche nei casi di veneficio solo tentato. Solo nel XIX sec. la premeditazione diverrà fattispecie di reato specifico, o dolo repentino da inserire nell'omicidio. L'interesse per il demoniaco legato ai sortilegi dei veleni portò a

nuova forza l'Inquisizione romana, che, sorta alla fine del XII° come tribunale ecclesiastico in materia di religione, aveva nel tempo progressivamente perso di autorità, almeno fino alla bolla *Summis desiderantes affectibus* di Innocenzo III (1484). Il 21 luglio 1542 la bolla *Licet ab initio* di Paolo III aveva invece rifondato l'inquisizione romana con competenza in materia di fede e con giurisdizione mondiale, revocando la possibilità per i Vescovi di celebrare processi. Il tribunale romano prese quindi sempre più forza, per raggiungere l'apice attorno alla prima metà del '600, durante la guerra dei Trent'anni, ammettendo la tortura, e rendendo a rischio l'attività di difesa degli imputati (*Omnipotens Dei* di Gregorio XV (1623); *Inscrutabilis* di Urbano VIII (1631).

Il Seicento è forse il secolo in cui più marcata si definisce la scollatura tra classi artigianali e rurali e classi colte, tra cultura della scrittura e civiltà orale. Il nuovo interesse per le arti e le scienze e per il loro esercizio pratico da parte dell'aristocrazia da un lato, e la definizione di un ceto popolare e culturalmente autonomo, dall'altro, contribuiscono a formare in questo secolo le basi di quell'articolazione di livelli culturali diversi che è caratteristica della città moderna.

Una figura spicca tra tutte per la nuova Medicina: un Medico, letterato, pittore, musicista e musicista: Paolo Zacchia. Nasce a Roma nel 1584, da Tommaso Zacchia e Giacomina Boncompagna, in un giorno oggi imprecisabile, come del resto accade per molti suoi contemporanei. Dopo una eccellente formazione presso lo studio dei Padri delle Scuole Pie, e successivamente presso quello dei Gesuiti, si laurea in Medicina nell'Ateneo romano (Archiginnasio della Sapienza), ricco di una formazione anche letteraria grazie alla guida del Cardinale Caetani e del principe Virginio Cesarinio. Lo stile classico risulterà evidente nella trattazione scientifica, e risultano anche notizie di documenti, purtroppo in gran parte dispersi, per un impegno volto anche alla musica e alla pittura. De Renzi, nella sua monumentale *Storia della Medicina in Italia* (1846) scrive: "per il che la sua dottrina si riverstì di un certo prestigio, che gli meritò una specie di venerazione onde non si ebbe ripugnanza di chiamarlo il primo dei medici, il Mercurio dei Giureconsulti e l'Ermite italiano". La fama e il credito per il suo valore fu tale da considerarlo con Ingrassia, Codronchi e Fedeli una delle quattro pietre miliari anche nella

fondazione della medicina legale in Italia. La fama lo condusse all'incarico di Protomedico per l'intero Stato pontificio (1638 al 1653); Innocenzo X lo designa successivamente Archiatra dell'Ospedale di S. Spirito, e Alessandro VII Medico del Palazzo pontificio. Muore a Roma nel 1659, dove viene sepolto in S. Maria in Vallicella (antica). Una sua ampia biografia scientifica verrà quindi composta nel 1672 dal cavaliere Prospero Mandosio, all'interno della sua opera *Bibliotheca Romana*.

Scienziato, acuto osservatore e insigne studioso in tanti campi della materia medica, si occupò di igiene, teratologia, dietetica, clinica e chirurgia per le principali patologie conosciute a quell'epoca, anche con un particolare riguardo a quelle neuropsichiatriche. L'opera di Zacchia è scritta in un latino fluente e ricco, pieno di spunti che permettono al lettore di immedesimarsi nel secolo, nei suoi modi di vedere e di pensare, con brevi passaggi sulla vita quotidiana di grande fascino, quest'ultimi talora in volgare.

La Medicina legale con lui trova il suo primo codificatore, e curatore capace di raccogliere il sapere antico come quello moderno in una vera veste dottrinale. Scrive e pubblica nel periodo compreso tra il 1621 e il 1650 il trattato *Quaestiones medico legales in quibus omnes eae materiae medicae, quae ad legales facultates pertinere videntur, pertractantur et resolvuntur*, per il quale è possibile ricostruire il seguente calendario e forme di pubblicazione a stampa secondo l'ordine dei singoli libri: I° Roma 1621, II° Roma 1625, II, III° e IV° Roma 1628, V° Roma 1630, VI° Roma 1634, VII° Roma 1635, VIII° e IX° Amsterdam 1650. La raccolta dei primi quattro libri fu inoltre stampata separatamente a Lipsia nel 1630; un'edizione in folio, completa, apparve a Lione nel 1654, altre complete seguirono a Francoforte (1666 e 1668, con note di D. Horst), a Venezia (1725), Norimberga (1726), e Lione (1726). L'opera, rivolta tanto ai Medici quanto ai giureconsulti, nota non solo in Italia ma ben presto in tutta Europa, verrà via via arricchita dei commenti e delle testimonianze dei più insigni Medici dell'epoca, sugli argomenti che si potevano collocare fra Medicina e Diritto, e con ampi resoconti delle proprie esperienze personali.

Zacchia apre all'empirismo quanto al razionalismo moderno quando afferma che il criterio di prova deve riconoscersi nei metodi della scientificità, co-

sì come all'indipendenza dell'insegnamento Universitario in senso moderno quando afferma, sin dalle prime battute, che l'unico interlocutore per un magistrato che necessiti della valutazione di un elemento di prova è esclusivamente il Medico. Nonostante il clima controriformistico, l'Autore riesce infatti a tratteggiare con estrema precisione quelli che saranno i confini fra fede e ragione nel secolo a venire.

Con lui la confessione viene sostituita per importanza dalla prova.

I capitoli della sua opera sono infatti denominati *Quaestiones*, e non *Disputationes*, come allora in uso, ad indicare che il quesito andasse risolto per via empirica e non retorica o seguendo la tradizione dogmatica (Aristotele della seconda scolastica). Centrale è quindi il quesito proposto dal magistrato allo specialista, differenziato da quello puramente speculativo proprio della discussione filosofica. Riportiamo il testo introduttivo alle *Quaestiones*, dove appare molto chiaramente (e pericolosamente, per l'epoca, ma lo scrivere in latino, riservato alla comprensione di pochi, metteva al riparo dall'Inquisizione) la critica all'autorevolezza scolastica: per tutto il Barocco della Controriforma poche furono le voci di intellettuali capaci di farsi sentire, e Zacchia può ben essere collocato vicino al solitario geniale Vico.

Così abbiamo tradotto:

“Caro studioso di problemi di Medicina, desidero discutere con te, e riservatamente, alcuni aspetti problematici sui quali occorre che ti faccia speciali avvertenze, perché ciò che qui tratterò, e che tu vorresti sentire da me, ti potrebbe sembrare poco provato perché diverso dalla opinione comune. Ci sarà chi fra i Medici o fra coloro che si fermeranno scrupolosamente al significato letterale, che imbattendosi in questi argomenti, talora formulati in antitesi con la tradizione, non si limiterà ad accusarmi di sacrilegio, bensì potrà seriamente affermare che tale scempio dovrebbe essere punito con pena adeguata. Come potesse essere concesso di filosofare al solo filosofo, o bastasse al genere umano ciò che per primi dissero Aristotele e Platone, senza riguardo a ciò che essi insegnarono per distinguere il vero dal falso. E forse non è così importante l'aspetto esteriore da far considerare degno di attenzione uno solo per come si presenti piuttosto che per riguardo a ciò che dice? Sono fermamente convinto della necessità di rispettare gli Autori della tradizione, ma far filosofia contro i loro dogmi non solo non è da esecrare, bensì da lodare, senza altresì nascondere il problema, ma affron-

tandolo: nè infatti la verità può di giorno splendere di luce se non attraverso quei punti che si pronunciano contro la verità stessa. Se poi alcuni argomenti non ti sembrano degni di essere trattati dalla penna di un Medico, non pensare che sia andato oltre il tema: a contatto infatti con esperti di diritto, e operando con loro, non si può scrivere diversamente. Ciò che ti sembra pertinente, accoglilo con animo imparziale, ciò che invece ti sembra meno pertinente, delimiti e così soddisfi il tuo interesse”(cit.).

I veleni, ricorda Zacchia, si possono classificare in cattivi o buoni secondo il loro agire: quelli buoni si identificano con i medicinali, quelli cattivi sono tali per natura e non possono essere manipolati, perciò hanno valore assoluto, sono veleni artificiali quelli che vengono preparati per tale uso, indipendentemente dalla natura del materiale originario impiegato. Quest'ultima distinzione era importante agli effetti giuridici poiché i Magistrati nel tenere conto della gravità del dolo graduavano l'entità della pena, che era quella capitale per il veneficio commesso mediante veleni appositamente preparati con ingredienti vegetali, animali o minerali. Ma soprattutto esistono veleni di per se, e altri che possono divenire tali solo su condizione: lo stato fisico, la via di somministrazione, e soprattutto la quantità. Il concetto di dose è molto simile a quello di Paracelso, che Zacchia sicuramente conosceva anche se il suo nome non appare mai nel testo delle *Quaestiones*. Mentre però per Paracelso il concetto di dose era di tipo assoluto (quantitativo) già in Zacchia il termine viene impiegato con una logica che ricorda molto più da vicino l'impostazione moderna statistica. A questo segue la novità fondamentale che per veleno debba essere intesa anche la malattia, con tutte le sue conseguenze, che si possa dimostrare derivata dall'avvelenamento.

Tra le circostanze da considerare utili per una suddivisione delle tipologie legate alla malattia mentale, è notevole quella della discriminazione fra fanatici e deboli rispetto agli indemoniati, basata sulla incapacità profetica o di preveggenza di quest'ultimi, e diversamente spesso riscontrabile nei primi. Le *Quaestiones* trattano quindi anche del problema della follia, problema sentito e dibattuto da più parti in sede giudiziaria per le evidenti difficoltà legate ad una ancora primitiva indagine scientifica, responsabile di una attribuzione delle cause alla magia, al diabolico, quanto

all'azione di veleni misteriosi, come documentato da atroci resoconti di errori giudiziari. Zacchia propose di introdurre il termine *dementia* per designare tutte quelle affezioni che colpiscono la facoltà razionale in modo da menomarne le operazioni, distinguendone le varie forme in base alle cause e alle modalità di manifestazione: *fatuitas*, *delirium*, *mania*, introducendo comunque una novità di metodo veramente moderna, quando propone una lettura trasversale del fenomeno, suddividendo tutte le forme di follia in primarie e secondarie, solo quest'ultime legate ad una alterazione della funzione cerebrale.

Un altro problema che premeva molto ai giuriconsulti riguardava la formazione spontanea dei veleni nel corpo umano, argomento sul quale i Medici avevano discusso sino dall'antichità esprimendo pareri contrastanti. Zacchia assume posizione affermando che nel nostro corpo non si formano veleni in senso proprio, ma si possono generare sostanze capaci di imitare la forza e gli effetti di quelli veri. Il concetto, modernissimo, sarà ripreso da Francesco Selmi, con la sua scoperta delle ptomaine o alcalodi cadaverici (*putrescina* e *cadaverina*) che possono dare interferenze alla ricerca tossicologica e simulare la presenza di tossici.

Zacchia delinea poi con molta precisione le necessità relative alla qualificazione e all'esercizio professionale; in merito alla trattazione sui veleni, questo interesse mira evidentemente non tanto al problema della professionalità medica, peraltro affrontato a proposito della questione sulla somministrazione di farmaci del tutto o in parte velenosi, quanto alla precisazione dei requisiti indispensabili per operare come preparatore e venditore di farmaci, con particolare riguardo ai preparatori dei composti secondo prescrizione medica. La responsabilità professionale in generale e per quella nei riguardi degli aromateri, profumieri, empirici e chimici in ordine alle manchevolezze e agli errori commessi nell'impiegare e preparare farmaci e antidoti costituiva un tema che non era stato mai trattato prima, di vera grande originalità.

Quanto poi al corretto e responsabile operare medico Zacchia segnalava come il Medico non dovesse prescrivere o eliminare farmaci dei quali non conoscesse bene tutte le proprietà, che era da considerare colpevole un malato che avesse assunto da solo un farmaco ignoto, che non si

potevano fare prescrizioni di farmaci su base di superstizioni, e nemmeno se dotati di azione violenta, poiché in quest'ultimo caso il paziente non è più tenuto ad assumerli; nè si potevano prescrivere farmaci potenti da assumere tutti nello stesso giorno. Il malato poi non doveva importunare il Medico pur di farsi dare un farmaco qualunque, e si macchia di colpa grave nell'accusare falsamente un Medico per aver assunto un farmaco, e viceversa. E fra gli aspetti di modernità del suo pensiero, sin qui del tutto evidenti, è da segnalare l'attenzione sulla ipotesi che per molti morbi la diffusione sia intrinsecamente legata alla contagiosità, inaugurando così la visione moderna della etiopatogenesi delle malattie infettive. Anzi è da ricordare l'episodio in cui nelle *Quaestiones*, a proposito di un carico di lana pervenuto a Roma e del contemporaneo svilupparsi di una epidemia di peste, si sofferma su un legame, se pur non ulteriormente indagato, fra tale carico e la malattia, giungendo quindi al vero cuore del problema etiologico: solo ben più tardi si scoprirà infatti che proprio nei carichi di balle di lana può essere ospitato il vettore della terribile malattia (cit.).

## Bibliografia

- Alberti M. *Systema Jurisprudentiae Medicae*. Lipsia, 1725.  
 Altieri ML, Biagi Basile B. La letteratura italiana, Storia e testi, Vol.34: Scienziati del '600, II,p.4. Riccardo Ricciardi, Napoli,1980.  
 Ambrosini B. *Panacea ex herbis quae a Sanctis denominantur concinnata*. Bologna, 1630.  
 André JA. *Lexique des termes de botanique en latin*. Paris, 1956.  
 Apuleio Lucio da Madaura *De Magia* - Cod.Mediceo II - Trad.Mosca; La Nuova Italia Ed., Firenze, 1939.  
 Arpocrate *De Plantis duodecim signis et septem planetis subjectis* - Trad. Bousset; Gottingische Gelehrte Anzeigen, 740, 1914.  
 Artefio *Liber secretus*. Phoenix, Genova, 1986.  
 Bacone F. *Novum Organon* - e - *De augmentis Scientiarum*. J.Spedding RL. Ellis DD. Eds., Heath Londra, 1858.  
 Bacone R. *La scienza sperimentale* - Lettera a Clemente IV - I segreti dell'Arte edella Natura. Francesco Bottin Ed., Rusconi Milano, 1990.  
 Badaloni N. I fratelli Della Porta e la cultura magica e astrologica a Napoli nel Cinquecento. Studi storici, I, Napoli, 1959.  
 Bellini L. Lettera a Marcello Malpighi - in: Rime inedite. A.Dolfi Eds, Argalia, Urbino, 1975.  
 Bernabeo R. Atti del XXI° Congr.Int. di Storia della Medicina, Bologna 30/8-4/9 1988. Monduzzi, Bologna, 1988.  
 Bertol E, Mari F, Lodi F, Marozzi E. *Trattato di Tossicologia forense*. Cedam, Padova, 1994.  
 Bianchi ML. *Signatura rerum*. Ateneo, Roma, 1987.  
 Blumemberg H. *Paradigmi per una metaforologia*. Il Mulino, Bologna, 1969.  
 BonitoV. *L'occhio del tempo*. Heuresis, Bologna, 1995.  
 Brentano F. *Le drame des poissons*. Tallandier, Paris, 1928.  
 Brosse J. *La magia delle piante*. Pordenone, 1992.  
 BurckardtT. *Considerazioni sulla conoscenza sacra*. Archè, Milano, 1987.  
 Caillois R. *I demoni meridiani*. Torino, 1988.  
 Capparoni P. *Profili bio-bibliografici di Medici e naturalisti celebri italiani dal sec. XV al sec. XVIII*. Ist. Farmacol. Serono, Roma, 1925.  
 Caporaël LR. *The Satan Loosed in Salem?* Science, 192,4234,1976.  
 Canotti G. *La musica nella cultura greca e romana*. EDT, Torino, 1991.  
 Casciolo M, Iannello MG, Vitale M. *Enciclopedia in Roma barocca - Considerazioni sull'Ars Magna Sciendi e L'Enciclopedia di C.Vasoli*. Marsilio, Venezia, 1986.  
 Campanella T. *Del senso delle cose e della magia*. Laterza, Bari, 1925.  
 Camporesi P. *Il pane selvaggio*. Bologna, 1980.  
 Cattabiani A. *Erbario*. Rusconi, 1985.  
 Colombero C. *Un contributo alla formazione della nozione di malattia mentale: le Quaestiones medicolegali di Paolo Zacchia*. In *Follia psichiatria e società*, a cura di A.De Bernardi, Milano, 1982.  
 D'AbanoP.(Conciliator) *Differentiarum philosophorum et praecipue medicorum*. Venezia, 1520.  
 De Renzi S. *Storia della Medicina in Italia*. Napoli 1846.  
 De Toni, E. *Il libro dei semplici di Benedetto Rinio*. Mem. Pont. Acc. Sc., II, V-VIII, 1919-1925.  
 Dioscoride *De Materia Medica*, VI L., *De Venenis*. G.C. Kuhn Ed. in: *Medicorum Graecorum opera quae exstant*, Lipsia, 1829.  
 Dillemann D. *Plantes médicinales et phytothérapie*. III, 1969.  
 Durante C. *Herbario Novo*. Bartolomeo Bonfaldino e Tito Diani, Roma,1660.  
 Eco U. *Guida multimediale alla storia della civiltà europea*. Il '600. Opera Multimedia SpA, 1995.  
 Festugiere AJ. *Hermetisme et mystique païenne*. Aubier-Montaigne, 1967.  
 Fozio Biblioteca. N.Wilson Ed. Adelphi, 1992.  
 Gabrieli G. *Federico Cesi Linceo*. In: *Nuova Antologia*. CCLXXII, 1930.  
 Ginzburg C. *Storia notturna*. Einaudi, Milano, 1989.  
 Guaccio FM. *Compendium maleficarum* (1626). Einaudi 1992.  
 Ingrassia, G.F. *Methodus dandi relationes* A.D. MDLXXVIII. La Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Catania nel IV° centenario della nascita, a cura di Curcio Caetani, S. di Mattei &C., Catania, 1914.  
 Yourcenar, M. *L'Opera al nero*. Feltrinelli, Milano, 1969.

Luppi, A.: Lo specchio dell'arminia universale – Estetica e musica in Leibnitz. Franco Angeli, Milano, 1989.

Orfila MGB. Traité de médecine légale, Paris, 1848.

Pierini G. Venefici. Il II libro delle Quaestiones Medico-Legales di Paolo Zacchia (trad.) Mimesis, Milano, 2001.

Ragazzini S. Il manoscritto 106 della Biblioteca di Botanica dell'Università di Firenze. Un erbario del XV°. Firenze, 1983.

Rupert Hall A. Da Galileo a Newton: 1630 - 1720. Feltrinelli, Milano, 1980.

Scholem G. Le grandi correnti della mistica ebraica, trad. it., Torino, Einaudi 1993.

- Alchimia e Kabbalah Einaudi 1955.

Schonfelder P, Schonfelder I. Atlante delle piante Medicinali, Muzzio, Padova, 1989.

Solovov J. L'evoluzione del pensiero chimico. Mondadori EST, Milano, 1976.

Stefani G, Marconi L, Ferrari F. Gli intervalli musicali. Bompiani, 1990.

Tagliabue GM. Anatomia del Barocco. Aesthetica, Palermo, 1987.

Tardieu A. Etude médico légale et chimique sur l'empoisonnement. Bailliére, Paris, 1875.

Targioni-Tozzetti O. Dizionario botanico italiano. Firenze, 1858, rist. Bolognari 1971.

Teirlinck I. De Plant in de Demonologie. Antwerpen, 1924.

Testi G. Dizionario di alchimia e chimica antiquaria. Ed. Mediterranee, Roma, 1985.

Vasoli C. Il programma riformatore di Ruggero Bacon. Rivista di Filosofia, 47, 173-194, 1956.

Zacchia P: Quaestiones medico legales. Roma, 1621. Giovanni Melchiorre, Francoforte, 1688; Simone Occhi, Venezia, 1751.

Zambelli P. L'apprendista stregone. Marsilio, Venezia, 1995.

## Autori

Tiziana Balbi Dirigente Medico - Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina di Laboratorio U.O. Anatomia e Istologia Patologica - Policlinico S. Orsola Malpighi Bologna Specialista in Anatomia Patologica e Medicina Legale  
Giovanni Pierini Prof. Ass. Tossicologia forense - Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica Università di Bologna

In Copertina:

Ritratto di Paolo Zacchia e frontespizio del Libro II delle Quaestiones Medico Legales: De venenis.

# VILLA BARUZZIANA

## OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

**Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri**  
*Medico Chirurgo*

*Specialista in Igiene, Medicina Preventiva e Psicologia Medica*

**BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19**

**Centralino:**  
tel. 051 580395

**Amministrazione:**  
tel. 051 338454-41

**Ufficio Prenotazione Ricoveri:**  
tel. 051 6440324 - fax 051 580315

### Ambulatori Cup:

- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

### Reperti degenza:

- Residenza trattamento intensivo donne
- Residenza trattamento intensivo uomini
- Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo
- Psichiatria generale e riabilitazione

**e-mail: [direzione@villabaruzziana.it](mailto:direzione@villabaruzziana.it)**

# Stima della popolazione medica attiva in Italia dal 2009 al 2059

Bologna 18 giugno 2012

Prot. N.1543 GP/ap

Al Presidente del Comitato Centrale FNOMCeO, dott. Amedeo Bianco

Al Presidente F.F. della Fondazione ENPAM, dott. Alberto Oliveti

Al Consiglio di Amministrazione ENPAM E, p.c.

Al Consiglio Nazionale FNOMCeO, Presidenti Ordini d'Italia

Al Consiglio Nazionale ENPAM, Presidenti Ordini d'Italia

Al Consiglio Direttivo OMCeO – Bologna

Al Ministro del Lavoro e Politiche Sociali, Prof. Elsa Fornero

Al Ministro della Salute, Dott. Renato Balduzzi

Al Ministro dell'Economia e delle Finanze, Prof. Mario Monti

LORO SEDI

**Oggetto: Stima della popolazione medica attiva in Italia dal 2009 al 2059.**

Gentili Signori,

I Consigli Nazionali della Federazione degli Ordini dei Medici e Odontoiatri (FNOMCeO) e della Fondazione Ente Nazionale Previdenza e Assistenza Malattia (ENPAM) sono stati chiamati, rispettivamente in data 23 e 24 marzo u.s., ad approvare la “modifica del Regolamento ENPAM del Fondo di Previdenza Generale – quota A (art. 13 comma 1 lett. E dello Statuto)” ai fini del riordino del Fondo stesso.

Tale riordino è stato basato sulla scorta di studi attuariali commissionati dalla Fondazione ENPAM non potuti allora valutare in quanto non forniti ai Consiglieri Nazionali, nonostante fossero stati richiesti durante lo svolgimento delle sedute assembleari.

Ottenutane successivamente copia, si è ritenuto opportuno e non inutile – anche se si era già votato – procedere ad una verifica e valutazione accurata visto l'impatto che i flussi dei medici attivi e pensionati negli anni avranno sulla sostenibilità dell'erogazione dei servizi previdenziali ed assistenziali dell'Ente.

Si allega quanto emerso dall'esame dei criteri dello studio datato 30 novembre 2010 e denominato “FONDAZIONE E.N.P.A.M. ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA ED ASSISTENZA MEDICI – FONDO DI PREVIDENZA GENERALE - RELAZIONE SUL BILANCIO TECNICO AL 31.12.2009 REDATTO AI SENSI DEL DECRETO MINISTERIALE DEL 29.11.2007 (PUBBLICATO IN G.U. n. 31 DEL 6.2.2008) – PARAMETRI SPECIFICI -“

Come le SS.LL. potranno constatare l'andamento a lungo termine delle stime dei flussi dei medici attivi (cioè che verseranno contributi alla Fondazione), secondo entrambi gli studi diviene coincidente dall'anno 2051.

Per contro si è potuto registrare ed evidenziare una significativa diminuzione dei medici attivi a breve e medio termine con probabili importanti conseguenze nella contribuzione previdenziale.

Si dovrebbero infatti avere oltre 50.000 medici in meno nel 2019 e tra i 70.000 e 100.000 medici in meno dal 2020 al 2034.

Va peraltro sottolineato che le previsioni a breve termine (fino al 2019) non possono trovare smentita in quanto prodotte, risultanti ed insite nell'attuale politica di numero chiuso delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e Odontoiatria i cui effetti sono ormai determinati fino a quell'anno; un cambiamento di politica potrebbe avere effetti solo dal 2020 in poi.

Si è pertanto ritenuto necessario ed opportuno segnalare quanto emerso dallo studio osservazionale effettuato giocoforza successivamente ai Consigli Nazionali, fornirne i risultati e nondimeno chiedere alle SS.LL. se nell'approntamento e nella determinazione delle quote da versare da parte dei medici attivi nei vari Fondi si sia potuto rilevare e tener conto della discrepanza osservata visto il sicuro impatto che potranno avere sulla sostenibilità dell'Ente previdenziale nell'erogazione delle prestazioni previste dallo Statuto.

Distinti saluti,

Il Presidente  
Dott. Giancarlo Pizzi

Stima della popolazione medica attiva in Italia dal 2009 al 2059

Sommario

- Premessa
- Stima della popolazione entrante
- Stima della popolazione nel 2009
- Stima popolazione nell’anno 2009 per età e per sesso - fase 1
- Stima popolazione nell’anno 2009 per età e per sesso - fase 2
- Stima della popolazione uscente
- Popolazione attiva e pensionati dal 2009 al 2059
- Conclusioni
- Allegato 1 - Numero chiuso in Medicina e chirurgia e in Odontoiatria
- Allegato 2 - Laureati in Medicina e chirurgia e in Odontoiatria
- Allegato 3 - Stima dei medici iscritti nel 2009 per età e sesso
- Allegato 4 - Tassi di uscita dal campione: pensionamento ordinario, mortalità e uscita totale
- Allegato 5 - Stime del numero di medici attivi e pensionati

Premessa

La Fondazione ENPAM ha proposto una riforma previdenziale alla cui base è posto uno studio commissionato allo STUDIO ATTUARIALE ORRU’ & ASSOCIATI, Via Donatello, 75 00196 Roma, datato 30 novembre 2010 e denominato “FONDAZIONE E.N.P.A.M. ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA ED ASSISTENZA MEDICI – FONDO DI PREVIDENZA GENERALE - RELAZIONE SUL BILANCIO TECNICO AL 31.12.2009 REDATTO AI SENSI DEL DECRETO MINISTERIALE DEL 29.11.2007 (PUBBLICATO IN G.U. n.31 DEL 6.2.2008) – PARAMETRI SPECIFICI -“. Tale studio, fatto proprio dalla Fondazione ENPAM, d’ora in avanti verrà citato come ELABORATO.

Nella presente analisi vengono replicate le sti-

me della popolazione di base della collettività attiva in quota A, facendo riferimento a quanto citato nell’ELABORATO. Non viene considerata la collettività partecipante alla quota B.

La collettività di riferimento riguarda (per la popolazione attiva) i medici e gli odontoiatri iscritti all’ordine. Nel seguito del documento si farà tipicamente riferimento alla «popolazione medica» come sinonimo di questa collettività.

Stima della popolazione entrante

La stima della popolazione entrante è stata fatta con i seguenti criteri:

Si sono considerati i seguenti dati e le seguenti stime:

- dati MIUR relativi al numero chiuso in Medicina e in Odontoiatria negli anni dal 2006 al 2011; i dati sono riportati nell’allegato 1; sulla base della tabella sono stati stimati i posti a numero chiuso per gli anni successivi;
- numero medio di anni di frequenza prima della laurea in medicina, stimato, secondo Almalaurea, in 7,2 anni (<http://www2.almalaurea.it/cgi-php/universita/statistiche/frame-scheda.php?anno=2011&corstipo=LSE&ateneo=tutti&facolta=16&gruppo=4&pa=tutti&classe=tutti&corso=tutti&postcorso=tutti&disaggregazione=tutti&LANG=it&CONFIG=profilo>);
- dati sui laureati in Medicina e in Odontoiatria negli anni dal 2001 al 2010; i dati sono riportati nell’allegato 2; sulla base della tabella sono stati stimati i tassi dei laureati sugli iscritti a numero chiuso di 7 anni prima (il valore utilizzato è 95%) e la percentuale di femmine sul totale (60% del totale);
- è stato stimato che un piccolo numero di laureati non esercitano: sul totale dei laureati stimati si è ipotizzato un tasso del 98% di persone che proseguano nella professione medica; una stima migliore potrebbe essere fatta disponendo del numero di medici e odontoiatri che superano l’esame di stato o, preferibilmente, del numero di medici e odontoiatri che si iscrivo-

Tab. 1

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Anni successivi
nuovi medici M	3047	3037	3054	3054	3062	3034	3183	3425	3849	3858	3858
nuovi medici F	4479	4550	4581	4581	4593	4551	4774	5138	5774	5788	5788
nuovi medici	7525	7587	7634	7634	7655	7586	7956	8563	9623	9646	9646

Tab. 2

	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
M	8%	20%	18%	12%	10%	6%	5%	4%	3%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	5%
F	6%	25%	22%	14%	9%	7%	4%	3%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%

Tab. 3

Classe di età	Numero	Età in anni
25-29	12096	28,2
30-34	31072	32,1
35-39	31430	36,9
40-44	32389	42,0
45-49	49967	47,0
50-54	74594	52,0
55-59	73151	56,8
60-64	35603	61,6
65-69	1725	65,0

no agli ordini; riteniamo che il valore indicato tenga conto anche dell'eventuale iscrizione di medici da altre nazioni.

Sulla base di queste ipotesi è stato stimato il seguente numero di medici in entrata nella quota A del sistema pensionistico (v. tab. 1)

Per la suddivisione dei medici entranti in base all'età sono state utilizzate le percentuali indicate nell' ELABORATO in TAVOLA 7 (pag. 34), con l'unica differenza di accorpate i dati degli iscritti di 24 e 25 anni ( $7\%+1\%=8\%$  per i maschi e  $5\%+1\%=6\%$  per le femmine).

A titolo informativo, riportiamo la tabella da noi utilizzata (v. tab. 2).

### Stima della popolazione nel 2009

Nell' ELABORATO, TAVOLA 1 (pag. 19), è descritta la popolazione attiva iscritta alla quota A (si nota un errore nel numero di iscritti alla classe 50-54 anni, che deve essere di 74.594 e non di 75.594 come erroneamente indicato: la correzione è stata fatta sulla base della successiva TAVOLA 2 (pag. 20).

Riportiamo di seguito i dati di nostro interesse; rispetto alla tavola originale, nella classe di età 25-29 anni sono stati inclusi anche i cinque iscritti di 24 anni (v. tab. 3).

Purtroppo questa tabella è inadeguata ai nostri scopi in quanto l'analisi andrebbe fatta su base annuale (non quinquennale) e non si ha distinzione tra maschi e femmine (che hanno differenti tassi sia in entrata che in uscita). È stato quindi necessario impostare un'analisi aggiuntiva per la stima di queste informazioni per anno di età e per sesso.

La disponibilità dei dati originali permetterebbe di migliorare ulteriormente l'analisi esegui-

ta. In mancanza di questi, abbiamo stimato i dati per età e sesso nel modo descritto nei paragrafi successivi.

### Stima popolazione nell'anno 2009

#### per età e per sesso - fase 1

La stima della popolazione per età e per sesso è stata fatta in due fasi: innanzitutto si sono stimati i totali per anno. A questo scopo si sono considerate le seguenti informazioni e ipotesi di base:

- i cinque anni della classe devono essere stimati in modo che il loro totale corrisponda a quello della classe;
- i cinque anni della classe devono essere stimati in modo che l'età media della classe sia quella riportata in tabella (per esempio 28,2 anni per la classe 25-29);
- si è ipotizzato che l'andamento nella classe sia lineare (ovvero che la differenza tra due anni successivi sia costante).

Si sono poste le seguenti costanti e variabili:

$$t = \langle \text{totale di classe} - \text{dato noto} \rangle$$

$$m = \langle \text{età media nella classe} - \text{dato noto} \rangle$$

$$n = \langle \text{iscritti nel primo anno della classe} \rangle$$

$$n_i = \langle \text{iscritti nell'anno } 0,1,2,3,4 \text{ della classe} \rangle$$

$$d = \langle \text{differenza tra due anni successivi} \rangle$$

$$n = n_0$$

$$d = n_{i+1} - n_i$$

Dalle ipotesi presenti si sono elaborate le seguenti formule:

$$\begin{aligned} t &= \sum_i n_i = n + n + d + n + 2d + n + 3d + n + 4d \\ &= 5n + 10d \\ m &= \frac{\sum_i n_i \cdot i}{\sum_i n_i} = \frac{n + d + 2n + 4d + 3n + 9d + 4n + 16d}{t} \\ &= \frac{10n + 30d}{5n + 10d} = 2 + \frac{10d}{t} \end{aligned}$$

da cui:

$$\begin{aligned} d &= \frac{m \cdot t - 2t}{10} \\ n &= \frac{t - 10d}{5} \\ n_i &= n + i \cdot d \end{aligned}$$

I dati calcolati sono stati utilizzati per stimare la numerosità di tutte le età da 24 a 65 anni. Infine sono state aggregate le età nelle code, in quanto di numerosità troppo bassa e soggetti

Tab. 4

Sesso	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
M	40,0%	44,9%	49,9%	54,8%	59,7%	64,6%	69,6%	74,5%	79,4%
F	60,0%	55,1%	50,2%	45,2%	40,3%	35,4%	30,5%	25,5%	20,6%

quindi a maggiori errori: sono quindi stati aggregati a 26 di età tutti i medici da 24 e 26 anni e a 66 anni tutti quelli nell'intervallo 66-69; in particolare, per quest'ultima classe si nota nelle analisi di Orrù che di fatto sono considerati aggregati i valori della classe 65-69.

## Stima popolazione nell'anno 2009 per età e per sesso - fase 2

Infine si sono stimati i numeri di medici per età e per sesso usando i seguenti criteri:

- il numero totale di maschi e femmine per età deve corrispondere al totale per età calcolato nella fase precedente;
- per la classe più giovane si è stimato un rapporto tra maschi e femmine analogo a quello stimato nell'Allegato 2 relativo ai laureati; i tassi utilizzati sono quindi del 40% di maschi e del 60% di femmine;
- il tasso complessivo di maschi e di femmi-

ne deve corrispondere ai dati presentati nell'ELABORATO a p. 17, da dove si può calcolare un tasso del 61,11% di maschi e del 38,89% di femmine;

– si è ipotizzato (in mancanza di dati pubblicati) che i tassi varino in maniera lineare tra le varie classi di età (che hanno peraltro numerosità diverse).

In questo caso si è scelto un approccio numerico per approssimazioni successive, e sono stati stimati i seguenti tassi di femmine e maschi per le varie classi di età (v. tab. 4).

Alla fine della seconda fase si è ricostruito la seguente distribuzione di età (v. fig. 1):

I dati numerici sono riportati in Allegato 3.

## Stima della popolazione uscente

Per la stima della popolazione uscente faremo di base riferimento ai dati presenti nell'ELABORATO e nella documentazione Istat.

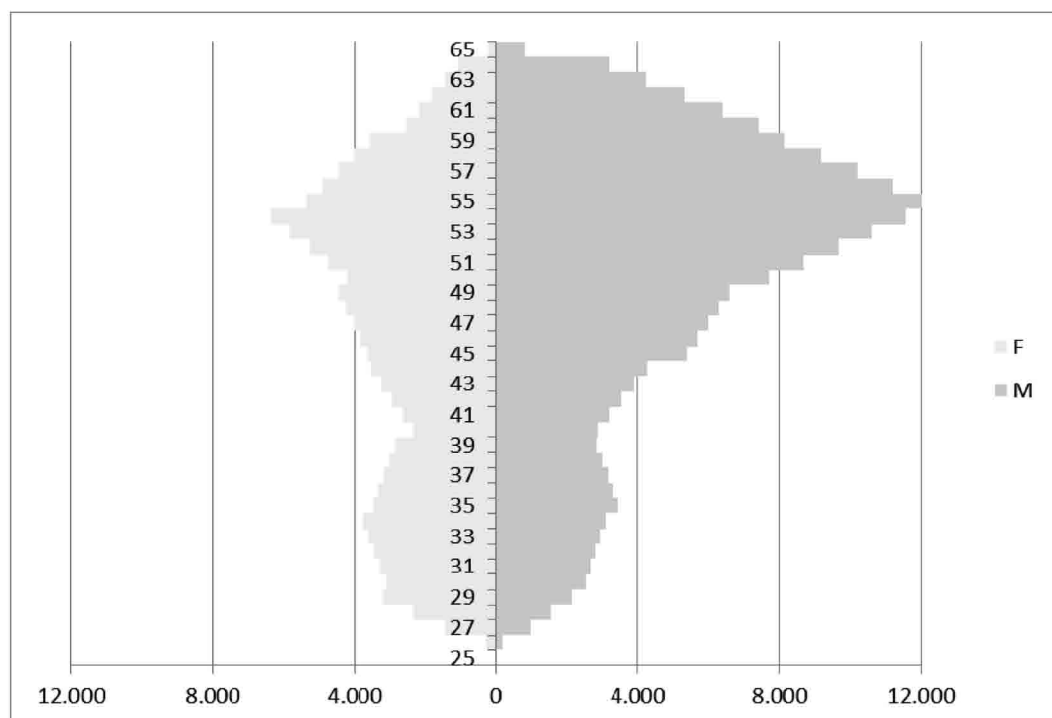


Fig. 1

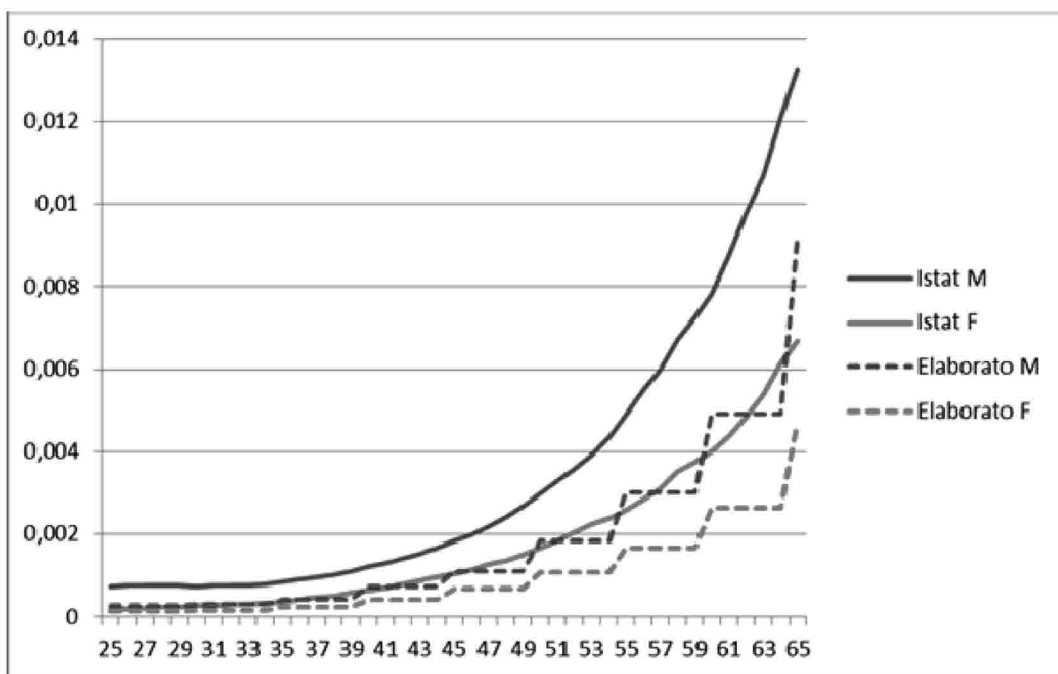


Fig. 2

Per la prima fonte, nella TAVOLA 6 a (pag. 33) dell' ELABORATO sono indicate le stime di eliminazione degli attivi per classe di età. I dati di nostro interesse estrapolati da questa tabella sono i tassi di mortalità, quelli relativi ai pensionamenti ordinari e quelli relativi al tasso di medici attivi che proseguono l'anno successivo. Per la seconda fonte si sono considerati i tassi di mortalità secondo l'Istat per l'anno 2007 (Annuario statistico italiano 2010, tavola di mortalità anno 2007, p. 62-63).

Nell'allegato 4 sono ricapitolati i dati descritti. Si nota che, dove presenti entrambi i dati, i tassi di mortalità dei medici sono inferiori a quelli della popolazione generica, come peraltro atteso in base agli studi di mortalità relativi all'attività professionale (si veda per esempio Roberto Leombruni, Matteo Richiardi, Giuseppe Costa, *Aspettative di vita, lavori usuranti e equità del sistema previdenziale. Prime evidenze dal Work Histories Italian Panel*, Epidemiologia e prevenzione 2010, 34 (4)). Nella relazione Orrù sono stati utilizzati i tassi di mortalità più bassi, sulla base della popolazione attiva, per le età fino a 65 anni e i tassi Istat, più alti, per i pensionati. Mentre la prima scelta è corretta, la seconda porta presumibilmente a una sottostima del numero di pensionati. Riportiamo di seguito il grafico che

confronta i tassi di mortalità stimati nei dei due documenti citati

La scelta di utilizzare stime diverse non è giustificata nell' ELABORATO. Non sarebbe peraltro possibile sostenere che la stima della mortalità in una popolazione relativa ai fini pensionistici è soggetta a errore: infatti, come indicato nel lavoro citato di Leombruni e altri, «Rispetto al primo dei due scopi gestionali ricordati [le pensioni vanno pagate solo fino a quando il beneficiario è in vita], ci possiamo aspettare che per i pensionati l'informazione sia registrata in modo corretto. [...] Per quel che riguarda i lavoratori attivi, invece, [...] ci si può attendere che esistano dei falsi negativi (persone morte, ma il cui decesso non è registrato in Inps)». In altri termini, l'errore, se c'è, è presumibilmente maggiore per i lavoratori attivi che per i pensionati ordinari. In effetti, nel caso specifico dei medici, l'errore sarebbe minimo anche per i lavoratori attivi, in quanto la morte di un medico viene comunque registrata a causa degli effetti sull'albo degli ordini.

#### Popolazione attiva e pensionati dal 2009 al 2059

La popolazione attiva e dei pensionati dal 2010 al 2059 è stata stimata sulla base di alcune funzioni

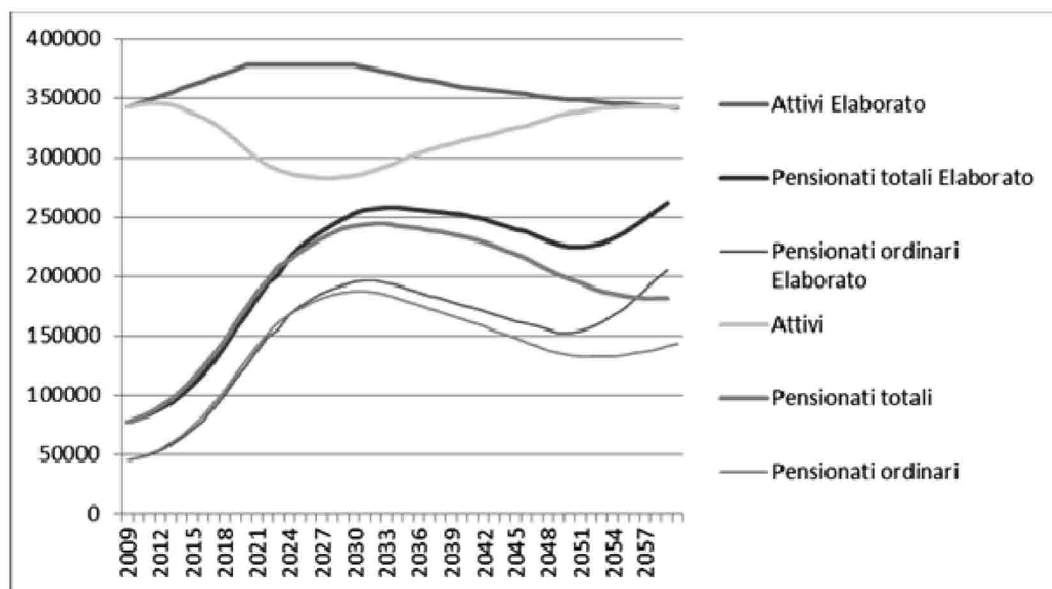


Fig. 3

che descrivono la variazione rispetto all'anno precedente. Nelle successive formule si ha sempre:

- $a$ : anno considerato (dal 2010 al 2059);
- $g$ : sesso (M o F);
- $e$ : età (da 25 a 67 anni per i medici attivi, da 65 a 110 anni per i pensionati ordinari).

In particolare per l'anno 2010 si è utilizzato, come base, la popolazione nota al 2009, in base a quanto descritto nel paragrafo «Stima della popolazione nel 2009» dell' ELABORATO.

La popolazione entrante, formata dai nuovi medici, è stata stimata sulla base di quanto descritto al paragrafo «Stima della popolazione entrante» dell' ELABORATO.

Per il numero di medici attivi, la stima è stata fatta utilizzando la formula seguente per genere e per ogni età:

$$n_{a,g,e} = t'_{g,e} \cdot m_{a,g} + t_{g,e-1} \cdot n_{a-1,g,e-1}$$

$$N_a = \sum_{g,e} n_{a,g,e}$$

con

- $N_a$ : numero totale di medici attivi in un anno;
- $n_{a,g,e}$ : numero di medici per anno, sesso ed età;
- $t'_{g,e}$ : tasso di entrata di nuovi medici per sesso ed età;
- $m_{a,g}$ : numero di medici entranti per anno e sesso;
- $t_{g,e}$ : tasso di proseguimento nell'attività dei medici per sesso ed età.

Per i medici pensionati ordinari, la stima è stata fatta utilizzando la seguente formula:

$$p_{a,g,e} = t''_{g,e-1} \cdot n_{a,g,e-1} + (1 - d_{g,e-1}) \cdot p_{a-1,g,e-1}$$

$$P_a = \sum_{g,e} p_{a,g,e}$$

con

- $P_a$ : numero totale di pensionati ordinari in un anno;
- $p_{a,g,e}$ : numero di medici per anno, sesso ed età;
- $t''_{g,e}$ : tasso di pensionamento ordinario per sesso ed età (in questo caso solo 65-67 anni);
- $n_{a,g,e}$ : numero di medici per anno, sesso ed età;
- $d_{g,e}$ : tasso di mortalità per sesso ed età.

Per i pensionati per invalidità e superstiti si sono usati i dati presenti nella Tavola 9 dell' ELABORATO; per correggere errori dovuti alla diversa stima sul numero di medici, i pensionati per invalidità sono stati rapportati per ogni anno al numero totale di medici attivi e pensionati ordinari, mentre i superstiti sono stati rapportati al numero totale di pensionati ordinari. In allegato 5 è riportata la tabella completa della stima del numero di medici attivi, di pensionati ordinari, di pensionati per invalidità e di superstiti dal 2009 al 2059 secondo i dati presenti nell' ELABORATO e in base alle nostre stime.

Nel grafico successivo si può vedere l'andamento del numero di medici attivi, pensionati ordinari e pensionati totali secondo le stime qui fatte e secondo l' ELABORATO (v. fig. 3).

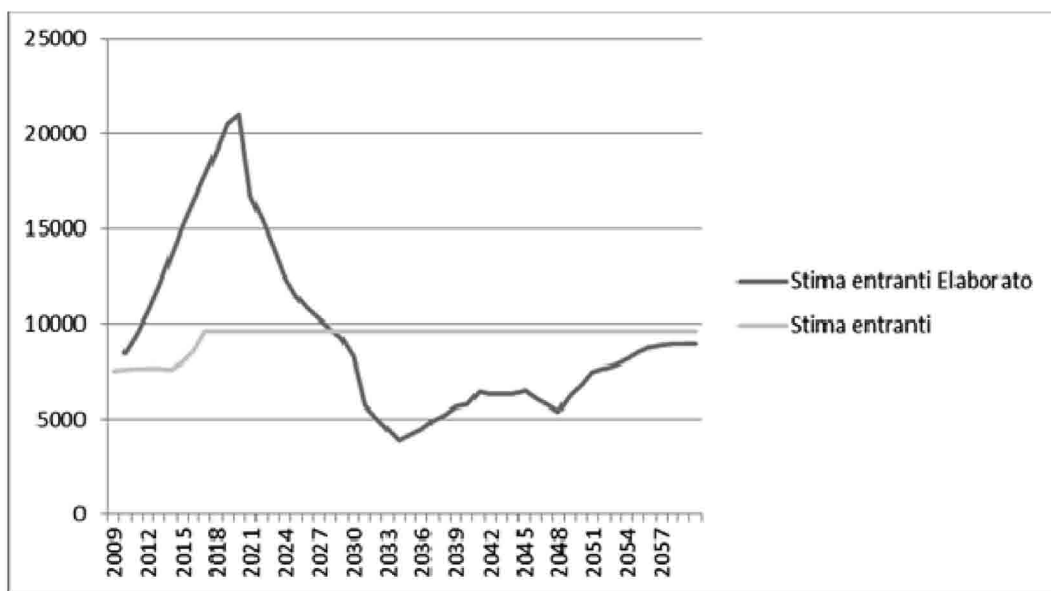


Fig. 4

Come si vede, mentre l'andamento a lungo termine arriva a stime simili secondo l' ELABORATO e secondo le nostre stime, si ha una significativa diminuzione dei medici attivi a breve e medio termine (con importanti conseguenze nei contributi previdenziali). Per esempio si avranno oltre 50.000 medici in meno nel 2019 e tra i 70.000 e 100.000 medici in meno dal 2020 al 2034. Va notato che le previsioni a breve termine (fino al 2019) non possono essere ribaltate in quanto già implicite nell'attuale politica di numero chiuso i cui effetti sono ormai determinati fino a quell'anno; un cambiamento di politica avrebbe effetti solo dal 2020 in poi.

È interessante notare l'andamento del numero di medici entranti; il grafico seguente indica le stime da noi fatte e una stima di quanti sono i nuovi medici richiesti per garantire la dimensione della popolazione medica riportata dall' ELABORATO (v. fig. 4).

Purtroppo non è indicato, nell' ELABORATO, Il numero di medici entranti per mantenere la popolazione medica indicata. La stima, necessariamente approssimativa, è stata fatta confrontando gli incrementi annui complessivi delle due ipotesi. Per la precisione, la formula utilizzata è la seguente:

$$m_{0,a} = m_{s,a} + \Delta_{0,a} - \Delta_{s,a}$$

dove

–  $m_{0,a}$  e  $m_{s,a}$  sono rispettivamente il numero di

nuovi medici stimati nell' ELABORATO e in questa relazione per un dato anno  $a$ ;

–  $\Delta_{0,a}$  -  $\Delta_{s,a}$  sono rispettivamente l'incremento della popolazione medica nell' ELABORATO e in questa relazione nell'anno  $a$ .

Come si vede, il mantenimento dell'attuale popolazione medica richiederebbe più di 20.000 nuovi medici all'anno negli anni a cavallo del 2020, quando dall'andamento del numero chiuso si possono stimare al massimo solo 10.000 nuovi medici.

Nello stesso tempo si avrebbero, secondo le stime indicate, un numero di nuovi medici inferiori a 5.000 negli anni successivi al 2030.

Per i pensionati, il maggior numero di medici attivi secondo l' ELABORATO porta a un aumento dei pensionati superiore a 10.000 a cominciare dal 2030. Va comunque ricordato il numero di pensionati reali è probabilmente sottostimato in quanto si sono utilizzati i tassi di mortalità della popolazione generica e non della popolazione ex-medica.

Nei grafici successivi (v. figg. 5-6) sono riportati le piramidi per età dei medici nel 2009, 2019 e 2029, che descrivono bene il motivo della diminuzione della popolazione attiva a causa dell'attuale squilibrio di età.

È anche interessante vedere la piramide di età dei pensionati nel 2009 e nel 2029

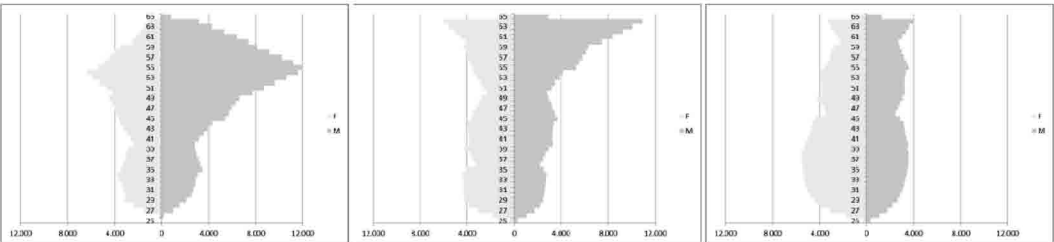


Fig. 5

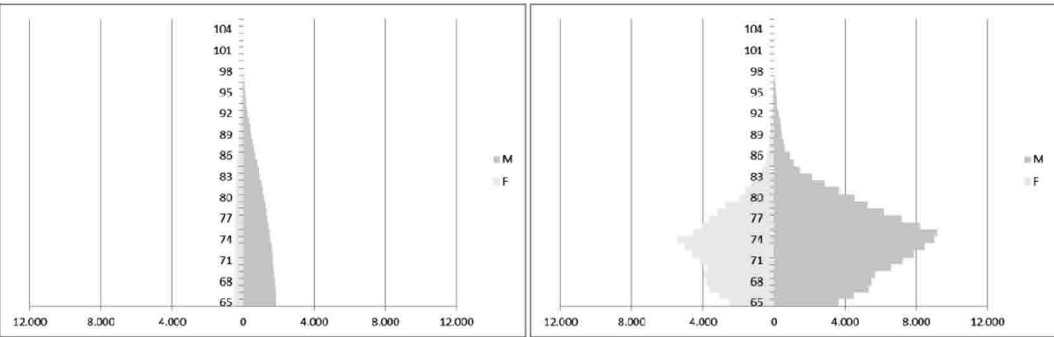


Fig. 6

Conclusioni

L'analisi descritta evidenzia alcune significative differenze rispetto all' ELABORATO:

- L' ELABORATO fa riferimento, ovviamente, a un mercato del lavoro aperto in cui il numero di operatori dipende solamente dalla legge della domanda e dell'offerta: in questa ottica sarebbe effettivamente corretto prevedere una sostanziale stabilità della popolazione (all'aumento dei pensionati corrisponde una maggiore domanda e quindi un maggior numero di persone che entrano nella professione);
- Per la professione medica, invece, il mercato del lavoro è regolamentato: in particolare sono regolamentati sia l'ingresso sia l'appartenenza, in quanto la maggioranza dei medici fa parte del SSN o è convenzionato con esso; l'

ELABORATO non considera questo aspetto; in particolare non indica il numero di medici entranti necessario per garantire la popolazione stimata: dalle nostre stime, questo numero, se indicato, avrebbe immediatamente evidenziato un problema nell'analisi fatta;

- L'ELABORATO considera correttamente i tassi di mortalità ridotti per i medici attivi, mentre utilizza i tassi di mortalità della popolazione generale per i medici pensionati, probabilmente sottostimando così quest'ultima popolazione; a sottolineare che alcuni dei dati, a nostro parere problematici, che abbiamo dovuto stimare in questo lavoro erano potenzialmente disponibili per l' ELABORATO ma non sono stati pubblicati. In particolare manca l'indicazione dei flussi in entrata e in uscita.

Allegato 1 - Numero chiuso in Medicina e chirurgia e in Odontoiatria

Da <http://www.accessoprogrammato.miur.it/>; i valori in rosso sono stime.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Anni successivi
Medicina	7400	7400	7400	7400	7400	7402	7366	7788	8508	9547	9501	9501
Odontoiatria	800	800	800	800	800	820	782	758	690	789	860	860
Totale	8200	8200	8200	8200	8200	8222	8148	8546	9198	10336	10361	10361
Rispetto all'anno precedente		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,99	1,05	1,08	1,12	1,00	1,00

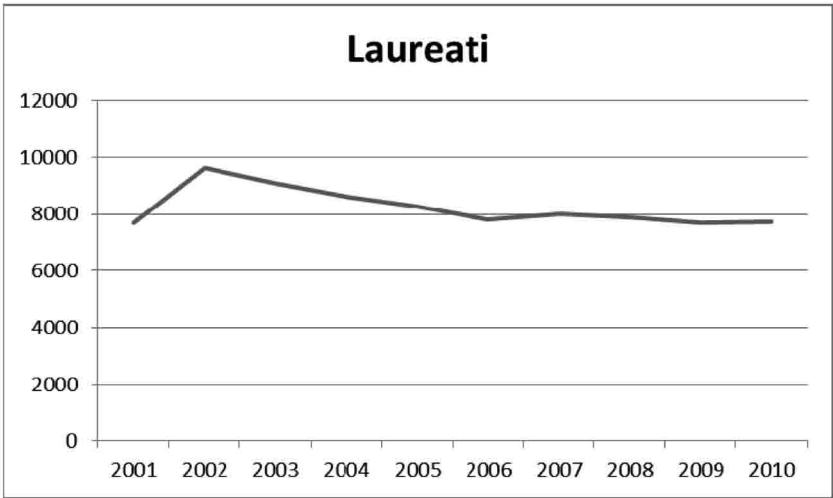
La stima del numero stabile del totale dei posti a numero chiuso per gli anni successivi al 2011 è basato sul fatto che il dato del 2011 è a sua volta stabile rispetto all'anno precedente: si vede infatti che i cambiamenti sono stati del 5% nel 2008, del 10% nel 2009 e 2010, mentre il dato si è stabilizzato nel 2011. Eventuali variazioni avrebbero comunque effetto dopo oltre 7 anni dalla modifica, ovvero non prima del 2019.

Allegato 2 - Laureati in Medicina e chirurgia e in Odontoiatria

Da [http://statistica.miur.it/ustat/Statistiche/IU\\_home.asp](http://statistica.miur.it/ustat/Statistiche/IU_home.asp).

Dati	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Laureati CDL M						1151	838	526	367	225
Laureati CDL F						1184	887	585	318	241
Laureati LSCU M						2069	2274	2615	2742	2663
Laureati LSCU F						3400	4003	4168	4252	4018
Laureati LMCU M						0	0	0	0	211
Laureati LMCU F						0	0	0	0	384
Laureati M						3220	3112	3141	3109	3099
Laureati F						4584	4890	4753	4570	4643
Laureati	7683	9633	9102	8632	8270	7804	8002	7894	7679	7742
% laureati iscritti Numero chiuso								96%	94%	94%
% laureati M						41%	39%	40%	41%	40%
% laureati F						59%	61%	60%	59%	60%

La percentuale dei laureati rispetto al numero chiuso è calcolato a 7 anni; il valore può essere considerato una stima del tasso di studenti iscritti che si laureeranno 7 anni dopo. Nel seguente grafico è riportato l'andamento dei laureati in medicina e odontoiatria:



Il picco del 2002 è probabilmente dovuto alla sovrapposizione del vecchio Corso di laurea alla nuova Laurea specialistica a ciclo unico. Come si vede il Corso di laurea è ormai residuale (solo 466 laureati nel 2010).

Allegato 3 - Stima dei medici iscritti nel 2009 per età e sesso

Età	M	F	Età	M	F	Età	M	F
25	0	0	40	2.839	2.344	55	12.210	5.346
26	194	290	41	3.193	2.637	56	11.193	4.900
27	968	1.452	42	3.548	2.930	57	10.175	4.455
28	1.548	2.322	43	3.903	3.223	58	9.158	4.009
29	2.129	3.193	44	4.258	3.516	59	8.140	3.564
30	2.513	3.080	45	5.369	3.625	60	7.424	2.545
31	2.652	3.251	46	5.668	3.826	61	6.364	2.181
32	2.792	3.423	47	5.966	4.027	62	5.303	1.818
33	2.931	3.594	48	6.264	4.229	63	4.242	1.454
34	3.071	3.765	49	6.563	4.430	64	3.182	1.091
35	3.447	3.468	50	7.713	4.222	65	822	213
36	3.290	3.310	51	8.677	4.750	66	548	142
37	3.134	3.152	52	9.641	5.278			
38	2.977	2.995	53	10.605	5.805			
39	2.820	2.837	54	11.570	6.333	Totale	209.005	133.022

Allegato 4 - Tassi di uscita dal campione: pensionamento ordinario, mortalità e uscita totale

Riportiamo la TABELLA 6 dell' ELABORATO con il calcolo del numero di medici che rimangono attivi e quello dei pensionamenti ordinari; in corsivo i dati non presenti nella tabella originale:

	M	M	M	M	F	F	F	F
	Mortalità	Altro	Pensione	Attivi	Mortalità	Altro	Pensione	Attivi
25-29	0,000293	0,000466	0,000000	0,999208	0,000131	0,000000	0,000000	0,999837
30-34	0,000301	0,001600	0,000000	0,998049	0,000177	0,001429	0,000000	0,998338
35-39	0,000424	0,001844	0,000000	0,997666	0,000246	0,001518	0,000000	0,998140
40-44	0,00073	0,000807	0,000000	0,998369	0,000423	0,000672	0,000000	0,998737
45-49	0,001108	0,000376	0,000000	0,998351	0,000679	0,000433	0,000000	0,998604
50-54	0,00186	0,000530	0,000000	0,997263	0,001082	0,000863	0,000000	0,997591
55-59	0,003027	0,000661	0,000000	0,995602	0,001681	0,001099	0,000000	0,996500
60-64	0,004937	0,001343	0,000000	0,992361	0,002644	0,003505	0,000000	0,992779
65-67	0,009193	0,005106	0,983286	0,000000	0,004714	0,009919	0,983999	0,000000

- la colonna «Mortalità» riporta i dati indicati nell' ELABORATO, riportati come tassi;
  - la colonna «Altro» riporta i dati relativi alla somma dei tassi di invalidità e di cessazione;
  - la colonna «Attivi» riporta il tasso di medici che proseguono nell'anno successivo: per le classi fino a 64 anni è uguale a 1 meno il numero totale di cessati;
  - la colonna «Pensione» riporta i pensionamenti ordinari, che avvengono solo nella classe 65-67 anni.
- Per l'ultima classe, sulla base della Tavola 1 dell' ELABORATO, si è stimato che il pensionamento avvenga a 65 anni nel 75% dei casi, e a 66 o 67 anni per i rimanenti. Questa correzione permette di tener conto dei 1725 medici ultra sessantacinquenni presenti nel 2009 secondo l'ELABORATO.

Riportiamo anche la tabella Istat di mortalità per il 2007

Età	Tasso M	Tasso F	Età	Tasso M	Tasso F	Età	Tasso M	Tasso F
25	0,000738	0,000201	55	0,004886	0,002581	85	0,106744	0,072878
26	0,000759	0,000211	56	0,005487	0,002847	86	0,113376	0,079724
27	0,000760	0,000222	57	0,005968	0,003115	87	0,124815	0,088709
28	0,000770	0,000252	58	0,006716	0,003530	88	0,141045	0,102109
29	0,000761	0,000252	59	0,007262	0,003752	89	0,167040	0,123655
30	0,000751	0,000272	60	0,007840	0,004007	90	0,193678	0,145780
31	0,000762	0,000282	61	0,008774	0,004371	91	0,213381	0,163268
32	0,000763	0,000302	62	0,009765	0,004835	92	0,225578	0,177340
33	0,000763	0,000323	63	0,010660	0,005379	93	0,228827	0,187555
34	0,000794	0,000343	64	0,012093	0,006146	94	0,237323	0,202139
35	0,000846	0,000373	65	0,013276	0,006678	95	0,251330	0,220750
36	0,000908	0,000424	66	0,014376	0,007254	96	0,268714	0,241546
37	0,000960	0,000475	67	0,015603	0,007863	97	0,280708	0,256433
38	0,001012	0,000525	68	0,016667	0,008332	98	0,294742	0,272229
39	0,001105	0,000586	69	0,018294	0,009244	99	0,313953	0,294256
40	0,001219	0,000647	70	0,020490	0,010304	100	0,344965	0,325550
41	0,001323	0,000719	71	0,023232	0,011587	101	0,388128	0,368447
42	0,001417	0,000790	72	0,026035	0,013026	102	0,417910	0,399374
43	0,001532	0,000872	73	0,028895	0,014705	103	0,452991	0,431551
44	0,001668	0,000954	74	0,032644	0,016759	104	0,484375	0,463303
45	0,001846	0,001046	75	0,036348	0,019113	105	0,515152	0,495726
46	0,002005	0,001149	76	0,040080	0,021534	106	0,562500	0,525424
47	0,002195	0,001272	77	0,044751	0,024613	107	0,571429	0,571429
48	0,002418	0,001366	78	0,050082	0,028083	108	0,666667	0,583333
49	0,002684	0,001510	79	0,055958	0,032208	109	0,5	0,6
50	0,002994	0,001666	80	0,063080	0,037137	110	1	1
51	0,003296	0,001843	81	0,071273	0,042689			
52	0,003600	0,002051	82	0,078557	0,048586			
53	0,003919	0,002241	83	0,087896	0,056411			
54	0,004357	0,002400	84	0,098378	0,065036			

## Allegato 5 - Stime del numero di medici attivi e pensionati

Anno	Stima nuovi medici	Stima medici attivi	Stima pensionati ordinari	Stima invalidi e superstiti	Medici attivi Orrù	Pensionati ordinari Orrù	Invalidi e superstiti Orrù
2009	4479	342027	45502	32262	342027	45502	32262
2010	4550	344218	47442	33345	345105	47098	33122
2011	4581	345533	50217	34555	348211	49375	34026
2012	4581	345607	54138	35630	351345	52991	34959
2013	4593	344330	59324	36860	354507	57568	35910
2014	4551	341644	65736	38081	357698	63290	36877
2015	4774	337762	73581	39383	360917	70175	37865
2016	5138	333103	82671	40509	364165	78509	38868
2017	5774	328138	92977	41300	367443	88760	39903
2018	5788	321892	104428	41999	370750	100381	40937
2019	5788	314367	116984	42897	374087	112653	41996
2020	5788	306353	129848	44009	377453	124693	43092
2021	5788	299280	141592	44736	377453	137090	44224
2022	5788	293483	151870	45380	377453	148708	45402
2023	5788	289163	160465	47182	377453	154878	46626
2024	5788	286303	167377	46801	377453	167768	47935
2025	5788	284495	172991	47723	377453	174973	49307
2026	5788	283361	177667	48918	377453	180631	50785
2027	5788	282779	181505	50257	377453	185265	52358
2028	5788	282695	184543	51691	377453	189069	54018
2029	5788	283104	186768	53090	377453	192591	55787
2030	5788	284500	187682	54525	377453	194964	57646
2031	5788	286558	187595	56100	375566	195954	59544
2032	5788	289290	186490	57786	373688	195713	61519
2033	5788	292622	184437	59502	371820	194412	63517
2034	5788	296547	181446	61183	369961	192207	65517
2035	5788	300151	178426	62953	368111	189508	67489
2036	5788	303480	175344	64764	366270	186379	69397
2037	5788	306420	172337	66408	364439	183553	71218
2038	5788	309008	169402	67818	362617	181048	72896
2039	5788	311230	166593	69072	360804	178563	74386
2040	5788	313338	163706	70130	359000	175930	75655
2041	5788	315494	160634	70941	357923	173111	76684
2042	5788	317728	157403	71381	356849	170324	77410
2043	5788	320015	154094	71456	355778	167595	77818
2044	5788	322291	150825	71249	354711	164796	77882
2045	5788	324384	147817	70826	353647	162099	77642
2046	5788	326912	144517	69819	352586	159814	77091
2047	5788	329754	141104	68458	351528	157538	76209
2048	5788	332930	137604	66980	350474	154850	75047
2049	5788	335271	135205	65663	349422	152462	73650
2050	5788	337075	133624	63676	348374	152243	72051
2051	5788	338567	132636	61158	347677	153855	70304
2052	5788	339852	132123	58358	346982	156858	68469
2053	5788	340933	132069	55427	346288	161100	66590
2054	5788	341726	132536	52536	345595	166476	64740
2055	5788	342187	133544	49774	344904	172984	62982
2056	5788	342368	135015	47198	344214	180444	61332
2057	5788	342420	136773	44860	343526	188548	59832
2058	5788	342429	138704	42822	342839	196791	58490
2059	5788	342429	140743	41147	342153	204662	57342
2060	5788	342429	142846	—	341469	—	—

**FEDER.S.P.EV.**

Pensionati Sanitari

Sede Bologna: 051/614.53.65

**Più valore alla tua pensione**

# Commenti al Bilancio Consuntivo 2011 della Fondazione ENPAM

## Considerazioni generali

I sottoscritti Consiglieri Nazionali ENPAM Presidenti di e/o delegati di Ordini propongono qui di seguito alcune considerazioni sul bilancio consuntivo 2011 della Fondazione ENPAM. Il bilancio, in particolare il capitolo "Relazione sulla gestione" si caratterizza per numerose lacune, incongruenze e per una generale disorganizzazione.

Volendo partire dall'ordine espositivo, la logica seguita appare confusa. Dopo un paragrafo generale sulla gestione, si passa alla sezione specifica sugli investimenti patrimoniali (pag. 11). Qui inizialmente viene proposta una tabella riassuntiva sulla composizione del patrimonio, con a seguire i tassi di redditività delle diverse componenti; vi è poi una tabella relativa agli investimenti mobiliari (non facilmente confrontabile con la tabella precedente, come vedremo più nel dettaglio in seguito).

A questo punto (e senza che inizi un paragrafo con un nuovo titolo) si scende nello specifico (pag. 12), con un'approfondimento sulle gestioni patrimoniali (che costituiscono, con circa 734 milioni di euro, meno del 6% del totale dell'attivo): vengono elencate le operazioni effettuate su tali gestioni; si passa poi ad un brevissimo riassunto dei principali shock che hanno pesato sull'economia mondiale nel 2011, per contestualizzare il risultato (negativo) delle gestioni, che segue a stretto giro; si torna poi nuovamente a parlare dell'economia globale (pag. 14), concentrandosi sui fondamentali macroeconomici.

Il paragrafo successivo, intitolato "Mercati Finanziari" (pag. 15), è una brevissima panoramica dell'andamento dei mercati nel 2011. Difficile capire perché il risultato delle gestioni patrimoniali, che ovviamente è estremamente legato all'andamento dei mercati, venga invece riportato prima.

E, dopo essere scesi nello specifico delle gestioni, si torna, con il paragrafo successivo, al portafoglio in generale, con un'introdu-

zione all'Asset Allocation (pag. 16). A una tabella con l'Asset Allocation Tattica nei vari trimestri segue poi un elenco di operazioni effettuate nell'esercizio: non si tratta tuttavia di una lista esaustiva, che permetta di capire realmente come si sia evoluto il portafoglio, quanto piuttosto di una selezione di operazioni che sembra aver l'obiettivo di giustificare lo scostamento tra Asset Allocation Tattica e Strategica. Vengono inoltre citati i rendimenti ottenuti su alcune operazioni di liquidità effettuate, anche qui in maniera selettiva e senza che il contesto lo richiedesse, dato che i paragrafi sulla redditività sono altri.

Segue una tabella di difficile lettura con gli scostamenti, trimestre per trimestre, tra Asset Allocation Tattica e Strategica (pag. 17). Dopo un breve commento su questi scostamenti viene indicata la performance che l'Asset Allocation Strategica ha realizzato nel 2011 (+1,1%), e si afferma che "Questo dato è confrontabile grosso modo con il dato di redditività finanziaria complessiva che dovrebbe basarsi su una valutazione mark to market del rendimento dell'attivo fruttifero dell'Ente": questa frase appare confusa e non è chiaro quale sia il messaggio, ovvero se si intenda che in teoria la redditività finanziaria totale dovrebbe essere simile a questo numero (non corretto, in quanto l'Asset Allocation comprende anche la componente immobiliare del portafoglio, e comunque in ogni caso la performance del portafoglio dovrebbe essere in linea con quella dell'Asset Allocation Tattica, non Strategica); ovvero che la performance effettivamente realizzata dal portafoglio della Fondazione a valori di mercato è vicina al +1,1% (non corretto anche in questo caso, in quanto la performance è considerevolmente inferiore, per stessa ammissione della Fondazione).

Il paragrafo prosegue con dei dati relativi al VaR (Valore a Rischio) del portafoglio: si tratta di informazioni incomplete e poco chiare, che rendono molto difficile se non impossi-

bile per un osservatore esterno percepire la reale rischiosità del portafoglio. Inoltre anche qui ci sono dei riferimenti selettivi alla redditività, che appaiono fuori contesto: in particolare ci riferiamo alla frase *“I titoli strutturati scaduti e smontati nel 2011 hanno realizzato un rendimento complessivo dell’1,6% nell’arco della loro durata, considerando che tra questi sono inclusi i minor valori di rimborso dei titoli collegati a Lehman”*, che fornisce un’informazione assolutamente limitata ed incompleta, in quanto manca qualunque tipo di dettaglio necessario per valutare questo numero. Il paragrafo si chiude con un’anticipazione della nuova Asset Allocation Strategica per il 2012.

Se i commenti fino a questo punto puntavano a mettere in luce la disorganizzazione espositiva del Bilancio -con il discorso che va dal generico allo specifico e poi ancora al generico senza apparente filo logico, e con una serie di informazioni incomplete inserite nel mezzo completamente al di fuori del loro contesto -il paragrafo successivo, relativo al *“Portafoglio finanziario della Fondazione Enpam”* è un esempio di incongruenze e di confusione.

Partiamo dalla prima tabella, quella a pagina 20: questa tabella dovrebbe riguardare la porzione del portafoglio che consiste di attività finanziarie (vd. pag. 11), ovvero un totale di 7.815.217.013 euro. Usiamo il condizionale in quanto in realtà nel totale di attività finanziarie di cui a pag. 11 sono comprese anche delle attività, i *“Crediti verso altri”* per 92,6 milioni di euro, che è una posta difficilmente riconducibile a quelle presenti nella tabella di pag. 20. Si tratta certo di una percentuale minima del portafoglio, ma sicuramente questa incongruenza non contribuisce a migliorare la chiarezza.

Vi è poi un elenco, a fine di pagina 20, di risultati finanziari di alcune componenti del bilancio, che sembrerebbe in teoria dover spiegare come si arriva alle performance effettive del portafoglio della Fondazione. Senonché questo elenco di voci contiene un’incongruenza che genera confusione ed impedisce di fatto di riconciliare i numeri: ovvero non si capisce a cosa ci si riferisca con la voce *“titoli floater diretti”*, e quindi che titoli debbano considerarsi titoli floater e che

titoli invece debbano considerarsi *“titoli obbligazionari diretti”*, considerato che i titoli floater altro non sono che un sottoinsieme dei titoli obbligazionari. In seconda battuta non è chiaro se i fondi di Private Equity debbano considerarsi parte della categoria *“Fondi ed ETF diretti”*; e infine non è chiaro a quale categoria appartengano le polizze di assicurazione. In conclusione dunque risulta impossibile calcolare in maniera autonoma il rendimento del portafoglio finanziario della Fondazione, che come scopriamo da pag. 21 è stato del -2,3% (lordo).

Volendo continuare, a pag. 21 non si capisce ad una prima lettura quale sia la differenza tra *“attività finanziarie”* (che hanno generato un rendimento lordo del -2,3%) e *“strumenti finanziari immobilizzati e non”* (che hanno generato un rendimento lordo del -3,73%). Da un controllo di altre parti del bilancio si desume che gli *“strumenti finanziari immobilizzati e non”* non includono, a differenza delle *“attività finanziarie”*, la liquidità.

Da ultimo vorremmo poi richiamare l’attenzione alla tabella di pag. 21, *“Portafoglio investimenti Mobiliari”*. Questa tabella è l’equivalente di quella a pag. 12, ovvero si differenzia rispetto alle altre due appena discusse (pag. 11 e 20) in quanto non comprende la liquidità ma include invece i fondi e le società immobiliari. /I redattore del Bilancio fa notare che *“In osservanza del criterio di prudenza dettato dal codice civile, il patrimonio mobiliare non comprende lo plusvalenza derivante dal confronto tra il valore di carico dei titoli in bilancio ed il loro valore di mercato, che ammonta a complessivi € 140.683.074, di cui € 31.424.713 relativa alle gestioni patrimoniali, € 52.812.369 per la gestione diretta ed € 56.445.992 relativa alle partecipazioni in società e fondi immobiliari. /Il patrimonio complessivo se si considerassero tali maggiori valori, sarebbe quindi pari ad € 8.345.989.848.”*

Tuttavia dimentica di menzionare che, oltre alle plusvalenze, è stato escluso dal calcolo anche il *“Fondo Oscillazione Valori Mobiliari”*, dove confluiscono le rettifiche di valore delle immobilizzazioni finanziarie: se questo venisse considerato, il patrimonio mobiliare si ridurrebbe di 253,5 milioni di euro.

## Redditività

Abbiamo già anticipato alcuni dati sulla redditività della gestione. Ora andiamo ad analizzare questo aspetto in maggiore dettaglio. Partiamo da pag. 11: la tabella in questa pagina suddivide gli attivi totali della Fondazione in due macroclassi (Attività immobiliari e Attività finanziarie) e in diverse sottoclassi.

Per quanto riguarda le attività immobiliari, la stessa pagina ci informa che: “gli immobili ad uso di terzi hanno prodotto una redditività lorda pari al 5,5%, al netto dei costi gestionali pari 0,13,08% ed al netto delle imposte pari al 1,25%; le partecipazioni in società e fondi immobiliari hanno prodotto una redditività lorda pari al 5,15% e netta pari al 4,28% (comprendente delle plusvalenze non iscrivibili)”. Queste informazioni ci permettono di calcolare i seguenti tassi di redditività per il patrimonio immobiliare della Fondazione (come redditività lorda degli immobili a uso terzi usiamo la redditività al lordo delle imposte ma netta dei costi di gestione, per coerenza con le altre classi di attivo) (v. tab. 1)

La redditività delle attività finanziarie merita un maggiore approfondimento: sempre a pago 11 si informa che “le attività finanziarie totali hanno prodotto una redditività lorda pari 0,11,25% e netta pari all’1%”. Tuttavia questi dati sono calcolati a valori di bilancio. Per avere dei numeri calcolati a valori di mercato dobbiamo riferirci a pago 21, in cui si afferma che “le attività finanziarie totali

hanno prodotto una redditività lorda pari al -2,3% e netta del -2,59%”. Questa notevole discrepanza dipende dal fatto che i valori di mercato delle attività finanziarie sono scesi in misura ben maggiore rispetto a quanto indicato dai valori di bilancio. In particolare tra il 31 dicembre 2010 e il 31 dicembre 2011 abbiamo calcolato le seguenti variazioni dei valori di mercato, in valore assoluto, per le principali classi di attivi del portafoglio della Fondazione (v. tab. 2).

Possiamo a questo punto calcolare la redditività per l'intero portafoglio di attivi della Fondazione. Per inciso ricordiamo che stiamo usando per il calcolo i dati forniti dalla Fondazione: infatti come spiegato in precedenza è risultato molto difficile cercare di ricalcolare questi valori in maniera indipendente, a causa della mancanza di informazioni essenziali a questo scopo; tuttavia nelle informazioni a nostra disposizione non c'è nulla che faccia pensare che questi dati non siano corretti (v. tab. 3).

Come si può notare dunque anche nel 2011 come successo ripetuta mente negli ultimi anni l'ingente portafoglio della Fondazione non ha contribuito ad aumentare il patrimonio (a valori di mercato), anzi ne ha ridotto il valore. Quindi di fatto il patrimonio della Fondazione al momento sta aumentando solo grazie al saldo positivo della gestione previdenziale. Quando questo saldo diventerà negativo, come previsto dal bilancio tecnico, se il portafoglio di attività continuerà a

Tab. 1

	Valore di bilancio	Redd. Lorda	Redd. Netta
Attività immobiliari	4.341.024.359	4,10%	2,74%
Attività finanziarie	7.815.217.013	-2,30%	-2,59%
<b>Totale Attività</b>	<b>12.156.241.372</b>	<b>-0,02%</b>	<b>-0,69%</b>

Tab. 2

	Valore di bilancio 2011	Variazione valore mercato 2010-2011
Titoli di Stato Italia	1.120.431.869	-88.420.053
Obbligazioni Strutturate	2.717.785.128	-167.522.907
Fondi (escluso private equity) e ETF	1.190.675.036	-48.227.703
Gestioni patrimoniali	734.000.953	-24.743.281
Azioni	100.799.350	1.804.812

Tab. 3

	Valore di bilancio	Redd. Lorda	Redd. Netta
Immobili ad uso terzi	2.212.073.710	3,08%	1,25%
Società e fondi immob.	2.128.950.649	5,15%	4,28%
<b>Totale Attività immobiliari</b>	<b>4.341.024.359</b>	<b>4,10%</b>	<b>2,74%</b>

non fornire un contributo positivo, il patrimonio comincerà a ridursi progressivamente.

Una conferma, se pur di natura completamente diversa, di questa affermazione, ovvero che è solo la gestione previdenziale a contribuire positivamente, la si ha da pago 10 del bilancio: dai dati qui esposti si nota di fatto che il risultato totale delle gestioni patrimoniale, amministrativa e straordinaria è stato positivo per il 2011 di soli 11,7 milioni di euro, quindi sostanzialmente nullo. E ai fini di questo calcolo il risultato della gestione patrimoniale è quello a valori di bilancio: se si considerasse il risultato a valori di mercato il totale delle tre gestioni diventerebbe significativamente negativo.

La ragione di questa redditività negativa del portafoglio di attività va ricercata principalmente tra le attività finanziarie, che come visto hanno avuto un risultato netto a valori di mercato del -2,59% (che diventa addirittura del -3,98% quando si esclude il contributo positivo della liquidità, come riportato sempre a pago 21). In particolare, come per stessa ammissione della Fondazione, questo risultato negativo è imputabile non all'Asset Allocation: l'Asset Allocation Tattica, ovvero quella effettivamente implementata dalla Fondazione, avrebbe generato un risultato positivo dello 0,8% (vd. pag. 21). È invece imputabile alla scelta dei titoli su cui investire, e in particolare i titoli strutturati e i Titoli di Stato: *“La causa di questo risultato è data dalla non corretta esposizione agli indici obbligazionari Euro determinata da due elementi: il portafoglio illiquido strutturati ed il portafoglio Titoli di Stato”*.

### Titoli strutturati

Il portafoglio di titoli strutturati, che ha un valore di bilancio di 2.717 milioni di euro, ha corrisposto interessi nel 2011 pari ad un totale di 45,7 milioni di euro, corrispondenti ad una redditività (a valori di bilancio) dell'1,68%. Questo dato rappresenta un ulteriore peggioramento della si-

tuazione rispetto al 2010, in cui gli interessi corrisposti erano stati di 53,5 milioni di euro (anche se bisogna considerare che il portafoglio si è ridotto dai 2.940 milioni di fine 2010 ai 2.717 milioni di fine 2011). Il quadro che emerge è dunque di una redditività assolutamente inadeguata per un portafoglio con tale rischiosità (per dare un termine di confronto, 1,68% è esattamente il rendimento a oggi di un Treasury americano a 10 anni, ritenuto uno dei titoli più usati esistenti). E una volta che si considerano i valori di mercato, anziché quelli di bilancio, il quadro diventa ancora più preoccupante: infatti nel corso del 2011 il valore di mercato del portafoglio di strutturati si è ridotto di 167,5 milioni di euro. Quindi di fatto il risultato totale del portafoglio (cedole + variazione valore) è stato di -121,8 milioni, ovvero -4,5% rispetto al valore di bilancio di fine anno di 2.717 milioni di euro.

Le ragioni di questa performance negativa sono da ricercarsi nella gestione di questo portafoglio da parte della Fondazione, in particolare: scelta di titoli con profilo di rischio/rendimento estremamente complesso, acquistati in molti casi (come per i CDO) ai massimi di mercato; elevate commissioni pagate a intermediari e consulenti vari nella sottoscrizione dei prodotti; continue ristrutturazioni, i cui costi hanno inciso negativamente sul valore; cedole elevate, superiori ai livelli di mercato, per i primi anni di vita del prodotto, che ovviamente implicano (ceteris paribus) cedole più basse, inferiori ai livelli di mercato, per gli anni successivi.

### Titoli di Stato Italiani

Per quanto riguarda gli investimenti diretti della Fondazione in Titoli dello Stato Italiano questi ammontano a 1.120,4 milioni. Di questi 242 milioni sono titoli in scadenza entro fine 2012, 573 milioni sono investiti in titoli BTP con scadenza entro il 2015 e 305 milioni (corrispondenti ad un nozionale di 793,7 milioni) sono investiti in ti-

toli a lunga scadenza, quasi tutti titoli BTP zero coupon (ossia senza cedola) con scadenza 2029. Salvo 200 milioni di titoli con scadenza 2012, tutti questi investimenti risalgono all'esercizio 2010 e purtroppo la scelta della Fondazione di concentrare gli investimenti in questo comparto su pochi titoli sottoscritti o acquistati su un arco di tempo relativamente contenuto, molti dei quali zero coupon con scadenza molto lunga ha fatto sì che l'esposizione al rischio Paese Italia fosse massima nel momento in cui il peggioramento dei mercati mondiali, dovuto al diffondersi dei timori di una possibile nuova fase recessiva, ha determinato un ampliamento degli spread di credito di tutti i paesi periferici europei, tra cui l'Italia.

Questo ha avuto un effetto diretto rappresentato da una ulteriore contrazione del valore di mercato di questi titoli rispetto al bilancio 2010, per un ammontare pari a 88,4 milioni di euro di minor valore. E si può ipotizzare che abbia anche avuto un effetto indiretto rappresentato dall'impossibilità per Enpam di approfittare di rendimenti particolarmente elevati su questi titoli operando nuovi investimenti nel corso del 2011 quando, al culmine della crisi del credito a novembre, i rendimenti a 5 e 25 anni erano saliti rispettivamente al 7,60% e 8%.

## Fondo oscillazione valori mobiliari

L'importo del fondo oscillazione valori mobiliari a fine 2011 risulta pari a 253.496.955 euro che corrisponde ad una diminuzione di circa 43 milioni rispetto al valore presente nel bilancio 2010 pari a 296.589.000 euro. Tuttavia tale riduzione non sembra corrispondere ad un reale miglioramento delle condizioni di rischio relative ai titoli immobilizzati presenti in portafoglio, ma sembra invece dovuta al cambiamento della metodologia utilizzata per stabilire i titoli per i quali stanziare un accantonamento ed il relativo ammontare.

Si può infatti imputare quasi esclusivamente all'adozione del nuovo criterio la ripresa di valore per 73,73 milioni relativa a 6 titoli obbligazionari immobilizzati (tra cui 4 CDO), 5 dei quali presentano ancora in bilancio un valore di mercato ampiamente inferiore al costo di acquisto e addirittura inferiore rispetto alla valutazione di mercato ricavata dal bilancio 2010. Per i 5 titoli menzionati la perdita potenziale sarebbe ancora

pari a 85,5 milioni su un nazionale complessivo investito di circa 327 milioni (ovvero il 26%).

Tuttavia si è deciso di portare a zero i corrispondenti accantonamenti!

Viceversa i maggiori accantonamenti per euro 63.087.955 (relativi a 8 titoli immobilizzati: 6 CDO, 1 titolo Unicredit e 1 Credit Linked Note) si sono resi necessari a causa di un effettivo peggioramento dei corsi dei titoli ed hanno consentito di allineare il valore stanziato nel fondo oscillazione con la potenziale perdita risultante dalla differenza tra il valore di mercato al 31 dicembre 2011 e il costo di acquisto.

In generale se si considerano gli 88 titoli obbligazionari ancora presenti nel portafoglio immobilizzato di Enpam nel loro complesso (quasi tutti sono titoli strutturati) il valore di mercato riportato nel bilancio 2011 risulta ancora diminuito rispetto al valore a fine 2010 per un ammontare pari a circa 168 milioni. E tuttavia come visto si è ritenuto di poter ridurre l'ammontare degli accantonamenti al fondo oscillazione valori mobiliari per circa 43 milioni.

Ma vediamo in che cosa consiste il nuovo criterio per la determinazione del valore da appostare al fondo oscillazione valori mobiliari.

In Nota Integrativa -pag.55 -si legge:

"... per rettificare il costo dei titoli tramite l'accantonamento al Fondo Oscillazione, si è ritenuto opportuno utilizzare il concetto di *Ilperdita durevole*" per tutti quei titoli che presentano un valore di mercato inferiore al costo nell'ultimo triennio compreso l'esercizio 2011 e che al 31 dicembre 2011 presentano una minusvalenza da valutazione superiore al 40% rispetto ai valori di mercato comunicati dalle banche emittenti. Il valore considerato ai fini dell'accantonamento è stato determinato applicando prudenzialmente un *Ilrange*" di scostamento che ha permesso di riflettere nel fondo oscillazione anche i titoli che presentavano una perdita di valore superiore 0139,5%."

In tal modo si può procedere ad un accantonamento solo nei casi in cui siano verificate le due condizioni:

- 1) il titolo deve aver registrato negli ultimi tre anni un valore di mercato inferiore al costo di acquisto;
- 2) il valore di mercato del titolo al 31 dicembre deve essere inferiore al 60% del suo valore iniziale.

In pratica solo quando un titolo arriverà a perdere il 40% del valore in esso investito (con valori

di mercato per tre anni consecutivi inferiori al costo originario) si potrà ritenere che sussista il rischio di una perdita durevole.

Questo senza prendere in considerazione alcun'altra informazione relativa al singolo titolo che si sta valutando, come ad esempio la durata, il fatto che possa avere il capitale garantito oppure no, il tipo di emittente; l'unica informazione sulla quale si basa la decisione è il prezzo attuale e quello passato.

Quindi se ad esempio si stessero considerando due titoli che rimborsano 100 a scadenza, il primo ad un anno che vale 62%, il secondo con scadenza a 10 anni che vale 60%, nel primo caso non si procederebbe ad alcun accantonamento mentre nel secondo caso si accantonerebbe il 40% del nozionale. È invece evidente che tra i due titoli è il primo quello che presenta di gran lunga il maggior rischio di realizzare una perdita: il rendimento a scadenza del primo è infatti pari al 61,3% ( $62 \times (1 + 61,3\%) = 100$ ), mentre per il secondo è pari 5,2% ( $60 \times (1 + 5,2\%)^{10} = 100$ ).

Dovrebbe essere evidente che tale decisione non è aderente ai possibili scenari di perdita che si potrebbero realizzare e come vedremo a breve questo criterio si presta alla possibilità di adottare artifici contabili tali da consentire di mostrare riprese di valore anche laddove la reale condizione di rischiosità dei titoli rimanga sostanzialmente invariata. Analizzando inoltre la casistica dei titoli sui quali l'Enpam ha realizzato effettivamente delle perdite, casi che sono indicati nel bilancio 2011 - pagg. 56 e 57 - si può immediatamente realizzare come l'attuale criterio di gestione del fondo oscillazione avrebbe consentito di non operare alcun accantonamento. Ad esempio il titolo Anthracite ha sempre avuto un valore superiore a 60, nel bilancio 2010 si riportava un prezzo pari a 76,67. Tuttavia, e correttamente, erano stati accantonati 12 milioni per l'eventuale perdita che poi si è effettivamente realizzata quando nel corso del 2011 è stato venduto a 78%. Se si fosse applicato il nuovo criterio la Fondazione non avrebbe dovuto accantonare alcuna somma. Come anticipato, proponiamo ora un semplice esempio numerico che spiega come, con l'applicazione del criterio del 60%, il Fondo Oscillazioni si presti a manipolazioni. Ipotizziamo che la Fondazione abbia in portafoglio un titolo per 100 milioni di euro di nozionale, che ha un valore di mercato di 52. Stando così le

cose si dovrebbe accantonare nel Fondo Oscillazione 48 milioni di euro (100-52) relativamente a tale titolo. Immaginiamo però che tale titolo venga ristrutturato, aggiungendo della liquidità e degli zero coupon per un nozionale totale di 100 milioni di euro e un valore di mercato di 70. A questo punto il nuovo titolo, dato di fatto dalla somma degli altri due, avrà un nozionale totale di 200 milioni di euro, e un valore di mercato di 122 milioni di euro: esattamente la somma dei nozionali e dei valori di mercato dei due titoli originari, quindi nella sostanza non è cambiato nulla. Tuttavia, il valore di mercato del nuovo titolo come percentuale del nozionale sarà 122 milioni di euro / 200 milioni (nozionale), ovvero 61% (la media dei titoli componenti). E in questo caso, essendo il valore superiore al 60%, l'accantonamento sarebbe pari a zero. Quindi con una semplice operazione, puramente contabile e che non ha nessun impatto nella sostanza, diventa possibile ridurre l'accantonamento al Fondo Oscillazione da 48 milioni a zero.

Da ultimo vorremmo far notare che, tra i titoli usciti dal bilancio 2011 (per rimborso o cessione), tutti quelli per cui negli anni passati erano stati effettuati accantonamenti nel Fondo Oscillazione hanno effettivamente comportato delle perdite. Le perdite totali sono state pari a 30,49 milioni, un ammontare solo di poco inferiore a quanto era stato accantonato (pari a 32 milioni). Questo dato contrasta con l'ottimismo, espresso in più sedi dai vertici della Fondazione, di recuperare queste perdite potenziali prima della scadenza dei titoli. Anche se certamente è vero che per i titoli scaduti nel 2011 non erano state effettuate recentemente operazioni di ristrutturazione mentre, come sappiamo, per i titoli CDO ancora non scaduti la Fondazione ha speso circa 100 milioni con l'obiettivo di renderli più sicuri. **Per tutte le considerazioni suesposte i sottoscritti Presidenti di Ordine e Consiglieri Nazionali della Fondazione esprimono il loro voto NEGATIVO all'approvazione del Bilancio consuntivo 2011.**

Roberto Carlo Rossi, Ordine di Milano  
Enrico Mazzeo-Cicchetti, Ordine di Potenza  
Giancarlo Pizzi, Ordine di Bologna  
Giuseppe Morfino, Presidentedi Trapani  
Bruno Di Lascio, Ordine di Ferrara  
Giovanni Maria Righetti, Ordine di Latina

## MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 3 luglio 2012

Cognome - Nome	Indirizzo	Te lefono
ABD ALATIF RANIA	Via Libia, 4 – Bologna	339/65.61.037
ACCARDO NUNZIO	Via Massarenti, 396 – Bologna	051/41.28.915 331/53.17.749 329/14.91.455
ANTONACCI NICOLA	Via Friulia Venezia Giulia, 8 – Bologna	051/54.56.23 348/53.17.427
ARIATTI BARBARA	Via Bianchina, 10 – S.Lazzaro di Savena	051/46.38.96 328/86.70.955
ARRIVABENE ALESSANDRA	Via Anna Frank, 4 – Casalecchio di Reno	051/61.94.007 349/14.79.511
BAGNATO FRANCESCA	Via G.Papini, 26 – Bologna	349/56.38.510
BEKIMA STEPHANE	Via Tosarelli, 350/3 – Villanova di Castenaso	051/08.71.802 320/04.37.817
BERTONCELLI MARCO	Via Mondolfo, 9 – Bologna	339/22.98.893
BERTONCELLI SARA	Via Mondolfo, 9 Bologna	340/54.22.924 051/45.26.17
CAMBIO ETTORE	Via Passarotti, 42 – Bologna	349/71.98.377
CARIELLO LUISA	Via Vittorio Veneto, 19 – Bologna	320/83.53.733 051/64.49.035
CARUCCI MARIA MICHAELA	Via Montebudello, 1 – Bazzano	331/99.23.411
CAVALLARI FABRIZIA	V.le Carducci, 48 – Bologna	338/40.45.981
CIABATTI SELENA	Via S.Stefano, 97 – Bologna	333/28.85.451
CONGIU ERMINIA	Via G.Modena – Bologna	349/53.19.078
COSENTINO ANNA	Via Portazza, 8/b – Bologna	051/45.33.67 333/72.69.026
COSTA LEONARDO	Via Monte del Re, 4 – Dozza	0542/67.83.85 339/27.07.314
COTTONE CARLO	Via Murri, 191 – Bologna	327/74.51.149
D'ANDREA MARIANGELA	Via Porta Galliera, 1/c – Bologna	333/67.04.822
D'OSTILIO MANUELA	Via S.Isaia, 67/2 – Bologna	339/58.22.384
DE MUTIIS CHIARA	Via A.Costa, 42 – Bologna	051/61.52.263 347/53.14.832
DI DONATO NADINE	Via Einaudi, 37 – Bologna	051/56.86.93 338/94.45.343
ERMINI LAURA	Via Normandia, 140 – Bologna	333/62.65.628
FABBRI DARIO	Via di Corticella, 45 – Bologna	051/37.11.19 349/36.91.373
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	345/34.34.676
GUARDINO SILVIA	Via G.Reni, 16 – Pieve di Cento	051/97.48.22
GUIDOTTI JACOPO MARIA	Via Riva Reno, 29 – Bologna	051/52.15.43 329/23.23.034
KARAKACI FABIOLA	Via Friuli Venezia Giulia, 8 – Bologna	328/17.79.139
IMBROGNO ANDREA	Via Garibaldi, 1 – Castel Maggiore	327/24.81.082
LEVANTESI PAOLO	Via Cino da Pistoia, 5 – Bologna	051/58.83.013 329/68.58.858
LINARI FRANCESCA	Via G.Bentivogli, 85 – Bologna	348/74.25.506
LORUSSO ANGELO	Via Albertoni, 9 – Bologna	051/41.27.348 320/81.31.065
MAGNANI ANDREA	Via G.Bertini, 4 – Bologna	051/63.14.67 340/49.50.355
MARNIN RON	Via delle Fosse Ardeatine, 22 – Bologna	329/34.56.357
MARRA ROSA FRANCESCA	Via S.Vitale, 42/2 – Bologna	051/23.73.77 347/60.68.501
MARTELLA ILENIA	Via Buonarrotti, 1 – Parma	329/98.23.149
MARTINO ELENA	Via del Rio, 24 – S.Lazzaro di Savena	051/47.76.53 348/08.02.348
MARZI LUCA	Via G.Albini, 14 – Bologna	333/52.07.572
MAZZERO GIOSUE'	Via Massarenti, 50 – Bologna	338/30.48.124
MELAMUD EVGENY	Via Valdossola, 21 – Bologna	348/26.97.451
MENGONI FRANCESCO	Via dell'Unione, 5 – Bologna	338/17.43.067
MONTEFIORI MICHELA	Via Pagina, 10/a – Mordano	0542/51.193 348/09.31.664
MURARIU IOANA ADINA	Via E.Rizzoli, 3 – Granarolo Emilia	348/91.48.155

NYASSALA D. GEORGES	Strada Maggiore, 13 – Bologna	389/83.54.934
NORSCINI GIULIA	Via G.Massarenti, 50 – Bologna	051/34.07.91
		333/72.41.780
PALAIÀ VINCENZO	Via Massarenti, 43 – Bologna	340/66.86.310
PALLADINO CAROLINA SERENA	Via G.Mazzini, 95/6 – Bologna	329/17.58.326
PAVLOU EFTHYMIA	Via Lavino, 181/d – Monte S.Pietro	333/37.71.402
PAZZI CHIARA	Via Barbacci, 18 – Bologna	328/94.38.432
PESSINA ALESSANDRA	Via Porrettana, 54 – Bologna	345/71.70.422
POINI ALESSANDRA	Via della Repubblica, 38 – Argelato	051/89.31.88
		338/89.15.398
PRETI MARIANNA	Via Cagliari, 4 – Bologna	389/51.68.908
RANZOLIN MARGHERITA	Via Zaccherini Alvisi, 19 – Bologna	339/81.17.906
SARACENI GIACOMO	Via Bizzuno – Lugo	327/68.28.038
SASDELLI ANNA SIMONA	Via Corticella, 25 – Bologna	334/99.50.996
SERRA ROBERTA PIA	Via Amendola, 17 – Bologna	349/81.01.714
SGRO' FEDERICA	Via Gaspare Nadi, 6 – Bologna	338/74.87.968
		333/84.39.188
SIMONETTI SARA	Via IV Novembre 28 – Offida [AP]	0736/88.95.20
		348/06.82.580
SOLINAS DANIELA	Via Orfeo, 29 – Bologna	340/79.80.319
STAGNI SILVIA	Via S.Ferrari, 24 – Bologna	338/57.17.527
TENGATTINI VERA	Via S.Stefano, 64 – Bologna	329/46.55.731
TROMPONI CHIARA	Via B.Marcello, 4/6 – Bologna	333/30.70.563
VALBONESI FRANCESCA	Via Marescalchi, 2 – Casalecchio di Reno	051/57.74.61
		392/04.43.969
VALLI VITORIO	Via S.Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23
VANINO ELISA	Via Torriane, 14 – Bologna	051/58.93.53
VISCIOTTI FRANCESCA	Via P.Bovi Campeggi, 1 – Bologna	051/52.04.54
		328/80.52.268
ZACCHERINI GIACOMO	Via Montebudello, 8 – Bazzano	051/83.14.96
		339/19.87.646



## MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ		
COGNOME E NOME	SPECIALISTA	Numero Telefono
ABOUK NOSRATOLLAH	Corso di Formazione in Medicina Generale	339/42.60.185
ANTONACCI NICOLA	Chirurgia Generale d'Urgenza	348/53.17.427
ARICO' EMANUELA SERENA	Radiodiagnostica	347/45.46.632
BELVEDERI MURRI MARTINO	Psichiatria	392/76.31.197
CAVALLARI FABRIZIA	Medicina dello Sport	338/40.45.981
CIMETTA ANNA CHIARA	Oftalmologia	335/71.111.07
COCO SEBASTIANO	Odontoiatra	0931/32.203
		338/15.14.243
CORVAGLIA STEFANIA	Reumatologia	328/81.40.930
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
ERMINI LAURA	Reumatologia	333/62.65.628
GUALANDI SILVIA	Geriatrics	0534/37.131
		347/48.04.139
KATSINAS GIOVANNA	Oncologia	333/23.24.390
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MARZARI ROSSELLA	Otorinolaringoiatria	051/23.76.68
		335/53.93.123
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	051/44.32.41
		339/48.19.676
OLMI RUGGERO	Ortopedia e Traumatologia	338/76.74.267
PAZIENZA PAOLA ELENA	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	347/61.67.144
TARTAGNI ELISA	Geriatrics	349/06.17.889
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

## Le peculiarità urologiche in Emilia Romagna

**28-29 settembre 2012**

Bertinoro (Fc) - Centro Didattico Universitario  
Via Frangipane, 6

**Venerdì 28 settembre 2012**

14:00: UPDATING SUL TRATTAMENTO  
DELL'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA

Moderatori: Dr. Salvatore Voce (Ravenna)

Dr.ssa Paola Bacchetti (Bologna)

17:30: SIMPOSIO:

APPROCCIO FARMACOLOGICO

DELL'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA

Moderatore: Dr. Sebastiano Spatafora (Reggio Emilia)

**Sabato 29 settembre 2012**

09:00: TAVOLA ROTONDA:

ATTUALITÀ TECNOLOGICHE. DISPENDIO  
ECONOMICO E/O GUADAGNO SANITARIO?

Moderatore e Provoker: Prof. Giampaolo Bianchi (Modena)

Prof. Giuseppe Martorana (Bologna)

Prof. Giuseppe Severini (Bologna)

### segreteria organizzativa

*Planning Congressi Srl*

Via Guelfa, 9 - 40138 BOLOGNA

Tel. 051 300100 int. 185 - Fax 051 309477

Cell. 346 0393855

Chiara Nardini

e-mail: [c.nardini@planning.it](mailto:c.nardini@planning.it)

[www.planning.it](http://www.planning.it)

## Trattamento odontoiatrico del paziente con Patologia Orale: corso di Formazione Continua Universitaria

**6-17 novembre, 30 novembre-1 dicembre, 14-15 dicembre 2012**

**Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche via S.Vitale 59 Bologna**

Il corso consiste in n°3 week-end (venerdì mattina e pomeriggio, sabato mattina) e, oltre ad una serie di lezioni frontali sulla diagnosi e trattamento delle patologie benigne e maligne della mucosa orale, prevede la frequenza presso il Reparto di "Patologia Orale" e il follow up di numerosi casi clinici.

Accreditamento ECM: l'evento è stato accreditato e prevede 50 ECM

Informazioni: Prof. Lucio Montebugnoli, tel 0512088136;

email: [lucio.montebugnoli@unibo.it](mailto:lucio.montebugnoli@unibo.it)

## Ayurvedic Point® - 50 Crediti ecm per anno al corso di Medicina Ayurvedica per Medici - al via la nuova edizione 2012-13 della scuola di Medicina Ayurvedica per medici e terapeuti

La Scuola di Medicina Ayurvedica Ayurvedic Point® (certificata ISO 9001) è dedicata alla diffusione ed alla formazione professionale in Ayurveda. La struttura didattica è articolata in due corsi quadriennali uno riservato ai Medici (600 ore frontali per 2880 ore di lavoro complessive misurabili in 115,2CFU) che dà diritto a 50 crediti ECM, ed uno per la formazione professionale di Terapisti (600 ore frontali per 2880 ore di lavoro complessive misurabili in 115,2 CFU ). A questi si aggiungono seminari separati monotematici di approfondimento ed aggiornamento. Sono previsti esami di profitto per entrambi i corsi alla fine di ogni anno (scritto, orale e pratico) per il passaggio all'anno successivo ed una tesi finale supervisionata. La nostra strategia di insegnamento è basata sulla considerazione della Medicina Ayurvedica come una conoscenza medica tradizionale, integrabile con il sistema sanitario occidentale, gestita in mutua collaborazione da medici e terapeuti per la realizzazione di uno schema terapeutico completo. Il Corpo Docente è composto attualmente da 16 insegnanti, di cui 11 laureati in medicina e chirurgia, con una documentata esperienza clinica, didattica e di ricerca coordinata da un Direttore didattico (medico), un Direttore Corso Medici (medico) e un Direttore Corso Terapisti (terapista diplomato in Italia ed in India e insegnante yoga).

Inoltre, a completamento del programma didattico, vengono effettuati annualmente stages di approfondimento clinico (70 ore frontali annue/280 ore frontali in 4 anni per i medici equivalenti a 1334 ore di lavoro complessive misurabili in 53,8 CFU, 70 ore frontali annue/210 ore frontali in 3 anni per i terapeuti equivalenti a 1008 ore di lavoro complessive misurabili in 40,3 CFU) presso l'Ayurveda Research and Education Institute of SNA Oushadhasala, Trissur, Kerala, India. Questi stages permettono, previo esame di profitto alla fine di ogni anno, l'ottenimento di un ulteriore diploma congiunto Ayurvedic Point® - SNA Oushadhasala. Questo monte ore aggiuntivo può essere sostituito da un equivalente periodo di tirocinio e/o pratica clinica supervisionata presso centri accreditati da Ayurvedic Point®.

Il nostro programma di studio è accreditato dalla Società Scientifica Italiana di Medicina Ayurvedica ed è stato considerato da alcuni Ordini dei Medici - come quello di Bologna - come requisito per l'iscrizione negli appositi registri o per poter effettuare pubblicità sanitaria. Inoltre, è praticamente il solo programma di studio in Italia ad essere congruente con le direttive del WHO pub-

blicate sul Benchmarck for Training in Ayurveda. Ayurvedic Point conta numerose collaborazioni con Università ed Istituzioni italiane ed internazionali per attività di ricerca e studi clinici, fra cui lo studio multicentrico sull'osteoartrite del ginocchio presso la Charité University di Berlino, culminate con l'organizzazione nel 2009 del primo Congresso Internazionale di Ayurveda a Milano i cui atti sono stati pubblicati su eCAM.

Per informazioni

Ayurvedic Point

[www.ayurvedicpoint.it](http://www.ayurvedicpoint.it)

[info@ayurvedicpoint.it](mailto:info@ayurvedicpoint.it)

Corso Sempione 63 - 20149 Milano

tel. +39-02-39265798 - tel. +39-348-1568692

### **Scuola di Formazione Biennale in Terapia Manuale Osteopatica (sistema osteoartromuscolare) Riservata a Medici e Fisioterapisti**

**Durata:** 2 anni - 5 week end per anno

**Sedi:** Bologna-Milano

*Riconosciuta dall'AMOI (Associazione Medici Osteopati Italiani)*

Alle fine del bienno Moduli di perfezionamento in Terapia Manuale Osteopatica (sistema fasciale), Conforme al programma EROP (Registro Europeo Medici Osteopati) verranno richiesti 150 crediti ECM per il triennio 2012-2014

#### **Informazioni**

[www.istitutoitalianoterapiamanuale.it](http://www.istitutoitalianoterapiamanuale.it)

#### **Direzione didattica**

Dott. F. Ricciardi 3389152616

[frari.doctor@alice.it](mailto:frari.doctor@alice.it)

### **Master in "Sistemi Sanitari, Medicine Tradizionali e Non Convenzionali" dell'Università di Milano-Bicocca**

Iscrizioni entro il 4 settembre per la edizione 2012-2013 del **Master di I Livello in "Sistemi Sanitari, Medicine Tradizionali e Non Convenzionali"** all'Università di Milano-Bicocca.

La figura del Manager dei "Sistemi Sanitari, delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali" con competenze interdisciplinari è finalizzata all'inserimento lavorativo all'interno del Sistema Sanitario - nazionale e/o regionale - e del più ampio contesto del Sistema per la Salute. In posizione di vertice nell'organizzazione e nella gestione delle diverse tipologie di strutture che si occupano di salute, dalla direzione di unità operative complesse ospedaliere e/o territoriali, al coordinamento o consulenza all'interno d'istituzioni pubbliche, private, di terzo settore, come assessorati regionali, agenzie regionali per la sanità e i servizi sociosanitari, Ministero, cliniche, imprese farmaceutiche, imprese di servizi o fornitrici per le aziende sanitarie, società di consulenza, osservatori epidemiologici, centri di ricerca, hospices, strutture che si occupano di benessere, di ricerca sui sistemi sanitari e sulle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali, nonché le Università.

<http://www.unimib.it/open/news/Sistemisanitarimedicine-tradizionali-e-nonconvenzionali/5491444877219375243>

<http://www.master-sistemisanitari-medicinenonconvenzionali.org/>

<http://www.master-sistemisanitari-medicinenonconvenzionali.org/wp-content/uploads/2011/04/Universita-di-Milano-Bicocca.-Master-I°-Livello-“Sistemi-Sanitari-Medicine-Tradizionali-e-Non-Convenzionali”-2012-2013.pdf>

Poliambulatorio autorizzato, non accreditato (C.D.O. s.r.l. via Ortolani 34/F Bologna) piano terra, a norma, accesso handicap, con fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Il Poliambulatorio è dotato di recentissimo ecografo Aloka Pro-sound alfa 7 4 sonde. Per informazioni tel. 051/547396. Vedi sito [www.cdosrl.it](http://www.cdosrl.it).

Poliambulatorio Bonazzi, sito in Cento (FE), via IV Novembre 11, autorizzato e certificato ISO 9001, con servizio di segreteria, accesso handicap e fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Per informazioni Tel. 051/902236.

Affittasi studio medico a specialisti per giornate o mezze giornate in via Dante angolo viale Carducci. Per informazioni tel. 051/ 301977.

Per Modena e provincia referenziata venticinquenne, nubile con esperienza quadriennale assistente alla poltrona e segreteria in studio dentistico, disponibile da aprile 2012, full time e/o part time: qualifica professionale di operatore amm.vo segreteria patente B, automunita. Per info cell. 339/8776361 - fisso 059/363027

Condivido studio medico (no odontoiatri) libero 3 giorni settimanali. Zona Bolognina/ Stazione FS - Telefonare al 338/9853807.

Struttura sanitaria in provincia di Ravenna cerca medico specialista in medicina dello sport. Contattare il numero 335/6096335.

Per cambio ecografo svendo per 3000 (tremila) euro Aloka US-785, due sonde, linia-re, addominale, stampante termica, ottimo stato, utilizzato solo da me. per info Tel. 328/8254365.

Disponibile ambulatorio presso Studio Medico a Castenaso (BO). Ampio parcheggio. Per info tel, 339/2518770.

Affittasi studio medico con parti comuni in condivisione con 2 medici, centrale, arredato, con parcheggio, 2 giorni settimana escluso specialisti scienza alimentazione. Per info tel. 3147/8760161.

Struttura Sanitaria quartiere San Vitale via Guelfa Bologna Studi Medici e Odontoiatrici per singole o mezze giornate mattino o pomeriggio. Per info tel. 347/3731793-051/4075977-4076261,

Affittasi studio medico a specialisti per giornate o mezze giornate in via Dante angolo viale Carducci. Per informazioni tel. 051/301977.

Fronte S. Orsola, affittasi a specialista studio medico di nuova ed accurata ristrutturazione, arredato, condizionato, in signorile condominio, possibilità affitto anche posto moto in garage. Per info 335/6352373.

Studio odontoiatrico in Pieve di Cento offre spazi a medici ed odontoiatri per collaborazione. Per info tel. 051/974834.

## Norme editoriali

**L'editoriale e il dossier saranno pubblicati su richiesta dell'editore.**

**Articoli:** formato word, times new roman 12, spazio singolo, giustificato, sono graditi gli articoli a carattere sanitario e a rilevanza locale. Gli articoli a carattere scientifico saranno inviati a referee nazionali scelti dalla redazione. Ogni articolo non dovrà superare di norma le 16.000 battute e contenere massimo 3 immagini in bianco e nero.

**Notizie:** testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

**Congressi/convegni/seminari** (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)

Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.

Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nomi-nativi, telefoni, e-mail)

**Annunci:** testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: RENOGRAFICA SRL  
13 via Seragnoli - 40138 Bologna - telefono 051 6026111 - fax 051 6026150