

ENPAM

IL GIORNALE DELLA

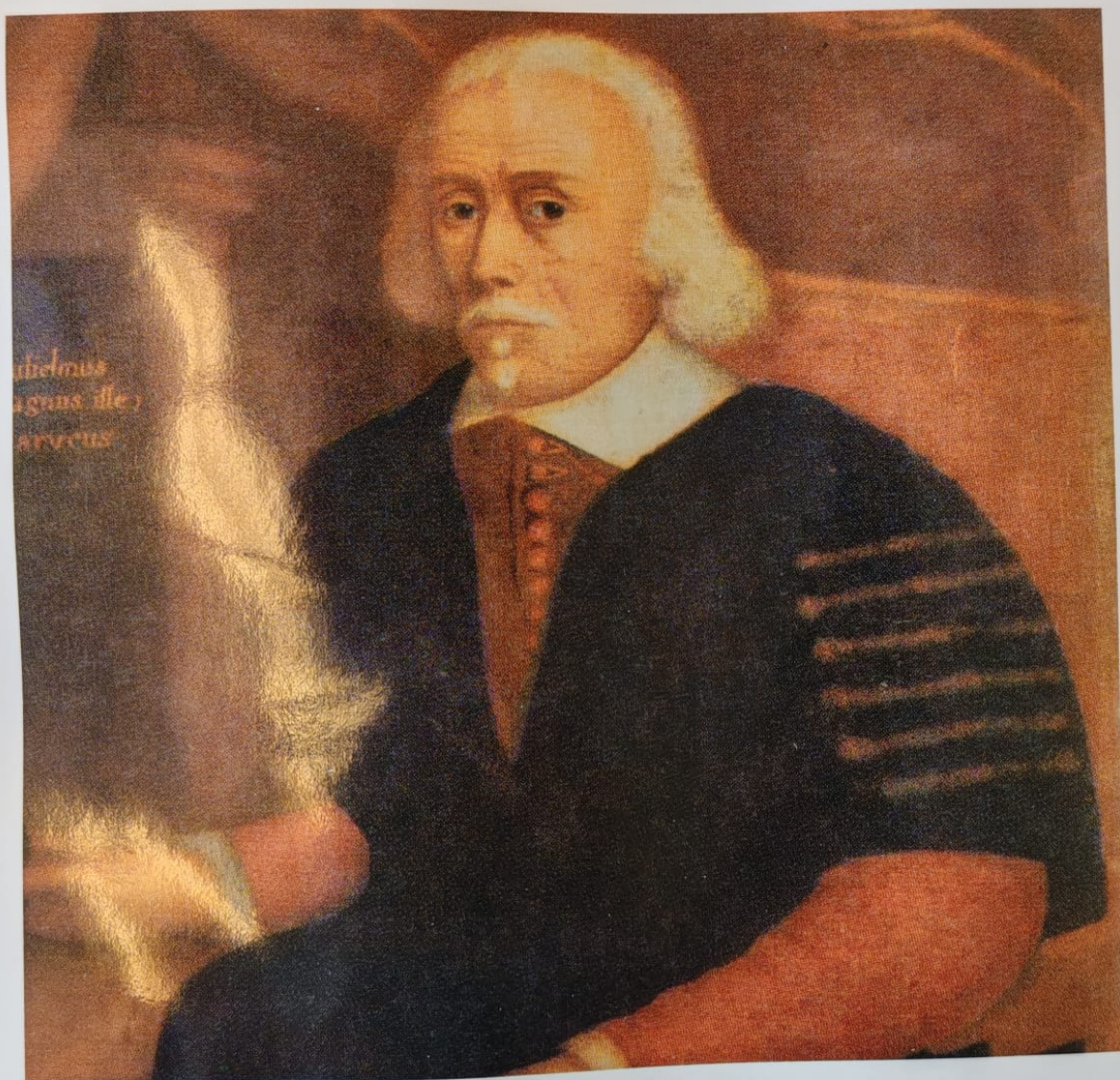
Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

Anno VII - n° 2-2005

Poste Italiane SpA Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1 - D.C.B. Roma

Fondato da Eolo Parodi



Ritratto di William Harvey ritenuto lo scopritore della circolazione del sangue

PREVIDENZA
GESTIONE
PROIETTATA
NEL FUTURO

p. **6**

TSUNAMI
I MEDICI
RACCONTANO
IL DISASTRO

p. **12**

PENSIONI
RATEO
A TEMPO
DI PRIMATO

p. **22**

Dedicato ad una città



Rio de Janeiro: Praça Floriano
(foto di Mauro Subrizi)



< Pubblicità >

Numero 2/2005

IL GIORNALE DELLA Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri

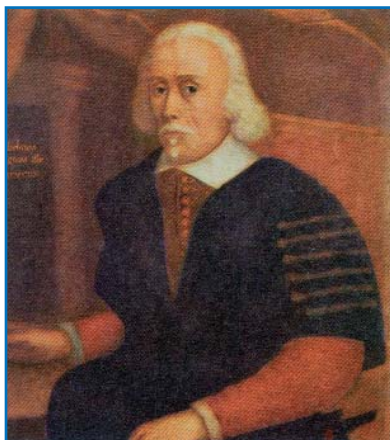
www.enpam.it

in questo numero

5	Perche?
6-7-8	La Previdenza del futuro
9	Assicurazione professionale?
10	Ospedali a misura d'uomo
12-13	Tsunami: per non dimenticare
14-15	Intervista ai Medici senza frontiere
16-17	Solidarietà e organizzazione
20	In-Ospedale
21	Progetto contro le epidemie
22-23	Pensioni e nuova tassazione
24	Medici, anzianità e malattia
26-27	Medico donna? Medico e basta!
30	Medici e statistiche
32	Notizie
33	Mostre ed esposizioni
34	La lebbra "santa" di Costantino
35	Il bronzo di Lussino
36-37	Vita degli Ordini
38-39	I Nobel per la Medicina
42-43	Sistema sanitario in Francia
44-45	Viaggi: tocca al Brasile
46	Accadde a ... marzo
47	A proposito di farmaci scaduti
48-58	Congressi, convegni, corsi
60	Cinema: il "dottor" Verdone
61	Musica: il Rock and Roll (N°. 2)
62-63	Recensioni libri
64	Letteratura scientifica
66	Economia
67	Finanza
70	Le Erbe
71	I Fiori
76-77	Lettere al Presidente
78	L'Avvocato
79	Spulciando qua e là
80	Struttura dell'Enpam

Polizza Sanitaria Integrativa

Il prossimo 31 maggio scade l'annualità della polizza sanitaria integrativa, attivata l'1.06.2004, in base alla nuova convenzione sottoscritta ad aprile 2004 tra Enpam e Generali Assicurazioni spa. In questi giorni sono in corso incontri con la compagnia, per la definizione delle condizioni per la prossima annualità 1.06.2005-31.05.2006, che saranno ampiamente riportate sul prossimo numero del Giornale.



In copertina il ritratto di William Harvey, il medico inglese cui si attribuisce la scoperta della circolazione del sangue. Nato nell'aprile del 1578, a Folkestone dopo aver studiato al Caius College di Cambridge, si iscrisse nel 1598 all'Università di Padova dove insegnava GALILEO. A Padova Harvey formò la sua mentalità scientifica sotto la guida di Fabrizio D'Acquapendente lo scopritore o, forse, il primo scienziato che descrisse le valvole delle vene. Nel 1618 Harvey pubblicò a Francoforte l'opera in cui è esposto il meccanismo della circolazione del sangue. Il medico britannico, ebbe, soprattutto, il grande merito di raccogliere in forma chiara anche teorie avanzate da altri colleghi.

< Pubblicità >



PERCHÈ?

Il mio ultimo editoriale su una lettera anonima che avevo ricevuto ha provocato un giusto, corretto e da me auspicato dibattito con molti colleghi. Tralascio i desideri di coloro che mi chiedono il significato di parole dialettali genovesi in quanto interessavano solo il mio anonimo amico.

Da parecchio tempo mi sto chiedendo: perché accadono queste cose? Perché esiste la voglia di disconoscere il lavoro svolto da chi o da coloro, chiunque siano, in democrazia, che hanno il compito di guidare la categoria e ancor più di difendere la professione? Perché aumenta ed impera la "gestione dell'invidia"? Tutti sono prevenuti contro tutti.

Ognuno guarda sempre nella bisaccia degli altri, ma mai nella sua.

Il problema è all'attenzione di tutti, di tutti coloro che perlomeno rispettano la professione: i medici non partecipano alle elezioni ordinistiche, i medici non accettano una "Polizza Sanitaria" che in questi giorni viene abbondantemente copiata in Francia, in Gran Bretagna, e in Germania.

I medici buttano via le nostre lettere e i nostri giornali.

Noi comunichiamo con difficoltà, a sentire i colleghi: ciò mi preoccupa enormemente, io giro l'Italia, parlo con i medici, li ascolto, li capisco, ma quasi sempre trovo persone adirate con se stesse e contro la società, professionisti stanchi di essere accusati di tutto e da tutti, tenendo presente che oggi, posso affermarlo decisamente, noi non contiamo nulla ma subiamo tutto.

Ci denunciano e ci dileggiano. Coloro che lo fanno non hanno capito che fare il medico deve essere sempre un atto di umiltà e di coraggio.

Mettere paura ai medici significa soltanto far del male ai nostri malati e interrompere quello stare insieme, quel rinnovato dialogo che deve ridare fiducia e speranza a noi, ma soprattutto a loro.

Approfondimento dopo il C.N. di novembre 2004



di Angelo Pizzini (*)

Gestione della Previdenza proiettata nel futuro

È stato effettuato un oculato monitoraggio del rischio che comportano gli investimenti rifuggendo quelli non sostenibili anche se con interessi più favorevoli. Esperti di chiara fama ci hanno indicato i giusti percorsi per realizzare gli interventi correttivi previdenziali di riequilibrio dei Fondi

Uno dei temi principali del Consiglio Nazionale tenuto a Roma il 27 novembre 2004 è stato il patrimonio dell'Enpam.

Sono stati evidenziati, in particolare, i positivi risultati conseguiti; infatti il patrimonio è raddoppiato di valore nell'ultimo decennio, pur mantenendo gli immobili in bilancio a valori catastali e non di mercato. Questi beni sono gestiti in funzione della previdenza, il che significa una gestione delle risorse finanziarie prudente ed orientata al lungo periodo, che privilegia la garanzia del capitale e la sua liquidabilità; inoltre comporta un oculato monitoraggio del rischio degli investimenti rifuggendo quello non sostenibile anche se con interessi più favorevoli. Fondamentale è anche la differenziazione del patrimonio con una ricerca costante di un migliore equilibrio fra immobiliare e mobiliare, entrambi indispensabili avendo il primo una maggiore efficacia di protezione contro il rischio di forte inflazione ed il secondo fruttando maggiori interessi con costi di gestione molto minori e con tassazione assai più bassa.

Abbiamo sempre sostenuto che una gestione del capitale così impostata non darà mai risultati straordinari anche nell'ipotesi che i mercati raggiungano altissimi livelli, ma si otterranno comunque rendimenti soddisfacenti e con una maggiore sicurezza; comportamenti essenziali per una prudente e proficua amministrazione del patrimonio di un Ente previdenziale.

Il patrimonio costituisce un capitale di riserva ed è un elemento basilare nella sua entità e con i suoi interessi, unitamente alle entrate per contributi ed alle uscite per prestazione, per la valutazione attuariale dell'equilibrio nel tempo dei Fondi. In breve l'aumen-

to di valore del capitale accumulato contribuisce a prolungare nel tempo l'equilibrio dei Fondi stessi.

Questo equilibrio viene monitorato dai bilanci attuariali che il nostro Ente deve commissionare almeno ogni triennio, rispettando un preciso obbligo di legge. Si tratta essenzialmente di un'elaborazione, fondata sui principi attuariali, che consente di valutare i vari Fondi e di stabilirne l'equilibrio nei prossimi quarant'anni, come indicato dai Ministeri di vigilanza e controllo. Come già prima accennato gli elementi di giudizio sono costituiti dalla stima delle entrate contributive degli iscritti attivi e dalle previsioni di uscita per prestazioni, tenendo conto anche della consistenza e del rendimento del patrimonio accumulato.

Ben diversi sono i bilanci consuntivi annuali. L'Enpam, proprio come dimostrano i bilanci consuntivi degli ultimi esercizi finanziari, gode di buona salute. I conti sono tutti in equilibrio e anzi, secondo le previsioni, continueranno a registrarsi consistenti avanzi di gestione in questo come nei prossimi anni aumentando ulteriormente le riserve patrimoniali.

I motivi di preoccupazione sono relativi al lungo periodo e derivano dagli studi attuariali prima citati. Gli ultimi, relativi all'anno 2000, indicano un'inversione di tendenza che inizierà a manifestarsi, a seconda delle diverse gestioni dei Fondi, a partire dal 2016 e cioè quando cominceranno a giungere all'età pensionabile le numerose classi di iscritti nati nel dopoguerra ed in particolare negli anni '50 e '60. Nei nostri Fondi inoltre assumono significativa valenza fattori demografici e normativi, i quali in determinati periodi hanno portato ad un anomalo incremento e concen-

I ministeri
vigilanti
ci chiedono
interventi
di riequilibrio
fino ad
arrivare a
modifiche
strutturali
nel lungo
periodo

trazione degli iscritti che si tradurrà all'atto del pensionamento delle classi interessate in un notevole aumento della spesa previdenziale.

Un altro elemento di aumento della spesa previdenziale, segnalato dalle statistiche ISTAT degli ultimi anni, è il forte incremento delle speranze di vita dopo i 65 e 70 anni grazie al miglioramento delle condizioni sociali ed ai progressi della medicina, in quanto comporta un aumento dei ratei di pensione.

Per questo i Ministeri vigilanti hanno richiesto all'Ente, come a tutti gli Enti previdenziali privatizzati che si trovano in un'analogia si-

Abbiamo cercato di coinvolgere solo le pensioni di importo elevato

tuazione, interventi di riequilibrio fino ad arrivare a modifiche strutturali nel lungo periodo. Anche i maggiori esperti in materia previdenziale, su richiesta della nostra Fondazione, hanno indicato un percorso per realizzare le misure richieste, proprio per aumentare l'entità delle riserve di capitale necessarie a far fronte in futuro alla prevista notevole crescita della spesa per pensioni.

Sono stati individuati i possibili interventi correttivi che sono in sintesi: un innalzamento graduale dell'età pensionabile, una riduzione graduale delle aliquote di rendimento, un aumento delle aliquote contributive e una re-

Anche gli altri Enti previdenziali hanno effettuato pesanti correttivi

visione del meccanismo di perequazione delle pensioni al fine di coinvolgere anche i pensionati nell'azione di riequilibrio delle gestioni.

E' quindi parso equo e corretto chiedere anche agli attuali pensionati il loro contributo alla stabilizzazione delle gestioni. Sono state fatte scelte precise e ponderate cercando di coinvolgere solo le pensioni di importo più

elevato ed in misura del tutto marginale sul piano economico, ma di altissimo valore simbolico di solidarietà fra le diverse generazioni di iscritti, principio base per un Ente previdenziale con gestione a ripartizione e particolarmente qualificante per un Ente professionale di categoria. Analoghe richieste di contributo alla manovra correttiva sono già avvenute, ed in maniera assai più rilevante, in altri Enti previdenziali privatizzati. Per esempio la Cassa dei Dottori Commercialisti e la Cassa dei Ragionieri nell'applicare le misure correttive hanno adottato per i calcoli previdenziali futuri il metodo contributivo e, con provvedimenti articolati, hanno ridotto le pensioni in atto di vari punti percentuali come contributo di solidarietà. Diversi i provvedimenti adottati dagli Enti previdenziali pubblici sempre ai fini del contenimento della spesa: dal 1/1/95 la quota di reversibilità della pensione dal 60% è stata ridotta al 45%, 36%, 30% se il coniuge superstite ha redditi propri superiori a 3, 4, 5 volte il minimo INPS, mentre nel nostro Ente la cumulabilità dei redditi è totale e la quota di reversibilità al coniuge è del 70%.

Come prima accennato, sono state coinvolte nel provvedimento solo le pensioni di importo più elevato, certamente maturate con anni di impegno e dedizione alla professione, ma anche per aver potuto godere di condizioni previdenziali e professionali più favorevoli rispetto agli attuali attivi.

Non si è ritenuto necessario ridurre l'entità delle pensioni già in godimento mediante l'introduzione di un contributo di solidarietà, ma si è considerato sufficiente un marginale intervento sull'indicizzazione delle pensioni. Pertanto si è mantenuta la rivalutazione nella misura del 75% dell'indice ISTAT per le pensioni fino ad un importo annuo di 4 volte il minimo INPS (per il 2004 = Euro 5.358,34x4= Euro 21.533,36) e, solo per la parte superiore a tale importo, l'indicizzazione è stata diminuita alla percentuale del 50%.

Per esempio la misura adottata per una pensione di importo annuo lordo di Euro 35.000 nel 2004, in presenza di un tasso annuo di inflazione del 2,5%, determina un minor incremento di circa 4 euro mensili, al netto dell'attuale prelievo fiscale, per cui nel cedolino di pensione l'importo mensile netto, dopo la nuova rivalutazione ISTAT, passerebbe, nel 2005, a Euro 2.149,00 invece di Euro 2.153,00. Marginali pure gli effetti sui trat-

Così abbiamo agito e siamo stati compresi

segue da pag. 7

tamenti di importo più elevato: infatti per una pensione di importo annuo lordo pari nel 2004 a Euro 55.000, il minor incremento sarebbe di circa 10 euro mensili al netto del prelievo fiscale, per cui il rateo mensile netto, dopo la nuova rivalutazione ISTAT, nel 2005, passerebbe a Euro 3.178,00 invece di Euro 3.188,00 e per una pensione di importo annuo lordo di Euro 75.000 il minor incremento è quantificabile in 15 euro mensili sempre al netto del prelievo fiscale, per cui il trattamento mensile netto passerebbe, dopo la nuova rivalutazione ISTAT, nel 2005, a Euro 4.177,00 invece di Euro 4.192,00.

Si deve rilevare che dei circa 78.000 pensionati attuali solo il 17%, pari a 13.700, percepisce un trattamento annuo lordo superiore a 4 volte il minimo INPS. Inoltre la gran parte degli interessati al provvedimento, e cioè 8.200 dei suddetti 13.700 percepisce pensioni annue inferiori a Euro 40.000, sulle quali il provvedimento inciderà in misura estremamente limitata.

Resta così confermato che solo una parte degli attuali pensionati è interessata al provve-

dimento e comunque con un significato economico del tutto marginale, ma che rende concreta la condivisione dei sacrifici, fatto questo che ha sicuramente favorito la unanime approvazione degli interventi correttivi da parte degli Organi dell'Enpam.

Proprio per mantenere la partecipazione dei pensionati ai suddetti livelli simbolici o comunque marginali a livello economico, il Presidente Parodi ha dichiarato a questo Consiglio Nazionale, e scritto a tutti i Presidenti degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, che in caso di aumento del tasso annuo di inflazione in misura significativa, come per esempio di 2 punti percentuali rispetto ai livelli attuali, sarà cura del nostro Ente rivedere tempestivamente la norma suddetta. Riteniamo comunque assai improbabile un aumento significativo dell'inflazione, tenuto conto dei vincoli economici imposti dall'Unione Europea e considerando che il tasso annuo attuale di inflazione è circa il 2,2%, tra l'altro un poco più basso del tasso del 2,5% utilizzato per gli esempi prima esposti.

(*) Vice Presidente vicario Enpam

PENSIONI E.N.P.A.M. (ANNO 2003)

PENSIONATI CON TRATTAMENTO TOTALE < 4 VOLTE MINIMO INPS 2003 =	65.126	82,6%
PENSIONATI CON TRATTAMENTO TOTALE > 4 VOLTE MINIMO INPS 2003 =	13.763	17,4%
TOTALE PENSIONATI	78.889	100%

I PENSIONATI CON TRATTAMENTO > 4 VOLTE MIN. INPS 2003 SONO COSI' RIPARTITI:

PENSIONATI CON TRATTAMENTO TOTALE > 4 VOLTE MIN. INPS E < 30.000 EURO =	4.326	5,5%
PENSIONATI CON TRATTAMENTO TOTALE > 30.000 E < 40.000 EURO =	3.876	4,9%
PENSIONATI CON TRATTAMENTO TOTALE > 40.000 E < 50.000 EURO =	2.735	3,5%
PENSIONATI CON TRATTAMENTO TOTALE > 50.000 E < 60.000 EURO =	1.531	1,9%
PENSIONATI CON TRATTAMENTO TOTALE > 60.000 e < 70.000 EURO =	752	1,0%
PENSIONATI CON TRATTAMENTO TOTALE > 70.000 EURO =	543	0,7%
	13.763	17,4%

Assicurazione professionale in alto mare

di Marco Perelli Ercolini (*)

Nell'attualità non v'è alcuna norma che obbliga il medico (sia esso ospedaliero, convenzionato o libero professionista) a stipulare una polizza assicurativa a copertura di eventuali richieste risarcitorie in seguito a malpractice professionale, anche se buona parte dei medici, specialmente in certi ambiti specialistici, preferiscono tutelarsi con una buona polizza di assicurazione: assicurarsi è bene, assicurarsi bene è meglio.

Ci sono stati molti progetti per una assicurazione obbligatoria di tutta la categoria, ma nessuno è arrivato in porto e da più anni giace in parlamento il disegno di legge Tomassini, che ha subito diverse revisioni, ma non è approdato mai a nessuna conclusione attuativa.

Nel campo della dipendenza per danni derivanti da comportamenti illeciti dovuti a inosservanza dei doveri di servizio, al medico dipendente per -danno ingiusto- già dall'entrata in vigore del DPR 761/1979 (Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali) in materia

di responsabilità vengono applicate le norme per i dipendenti civili dello Stato.

In base all'articolo 29 (Garanzie per la responsabilità civile) del DPR 130/1969 (Stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri) le amministrazioni ospedaliere -dovevano- garantire l'ente e il personale dipendente mediante adeguata polizza di assicurazione per la responsabilità civile delle eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie promosse da terzi, ivi comprese le spese di giudizio, relativamente alla loro attività, senza diritto di rivalsa, salvo i casi di colpa grave o di dolo. In seguito col DPR 761/1979 (articolo 28, secondo comma) tale obbligo veniva trasformato in -facoltà-.

Moltissime strutture hanno così iniziato ad assicurare il proprio personale e i medici, dal canto loro, hanno sentito la necessità di avere una propria tutela assicurativa per una certa tranquillità personale poco fidandosi delle coperture e dei tetti assicurativi delle polizze stipulate dal proprio ente.

Purtroppo il contenzioso nel campo delle salute sta aumentando e sempre di più si intentano cause al medico a scopo talvolta meramente speculativo; d'altro canto le Compagnie di assicurazione sono sempre più restie a aprire polizze con medici o ospedali e i premi salgono alle stelle con massimali limitati e grosse franchigie o clausole penalizzanti e limitative. Quasi tutte le polizze in corso sono poi state disdettate con scuse le più varie e sempre meno viene coperto il pregresso. Infatti aprendo nuove polizze che coprono solo il periodo assicurato bisogna porre attenzione di prevedere una copertura per il pregresso e la postuma. □

(*) Consigliere di Amministrazione Enpam

Per una maggiore serenità dei malati

I nostri ospedali a misura d'uomo

Eolo Parodi, sollecitato da una richiesta avanzata da un sindacato di infermieri, ricorda che da decenni ha indicato, tra le tante, una linea per ottenere più efficienza: un direttore d'albergo per una migliore accoglienza dei pazienti

Riorganizzare la vita in ospedale a misura di malato a partire dagli orari della sveglia mattutina e dei pasti che attualmente risultano regolati più sulle esigenze del personale ospedaliero che sui bisogni dei pazienti. A chiederlo, in un convegno sui servizi sanitari svoltosi a Roma, è il Collegio dell'IPASVI.

Miglior "provocazione" non ci poteva essere per il nostro Presidente, Prof. Eolo Parodi, che da decenni richiede una seria riorganizzazione della vita ospedaliera. "Secondo me - afferma Parodi - il problema riguarda propriamente la strategia dell'accoglienza, della permanenza e del rispetto assoluto dei diritti del malato nella loro globalità e complessità". Non a caso, continua il nostro Presidente, "ho sempre auspicato e richiesto la presenza negli ospedali di un direttore d'albergo. Tale presenza, secondo me, faciliterebbe un'organizzazione ospedaliera a misura dei pazienti".

Per Parodi il personale infermieristico, nell'eventualità di una tale innovazione, dovrebbe avere un compito e quindi una responsabilità prioritaria. Ma in questa strategia bisogna coinvolgere ed educare i pazienti stessi".

Parodi non si nasconde che iniziative di questo genere possono urtare ed entrare in conflitto con la burocratizzazione del sistema, ma l'umanizzazione di tutte le decisioni porterebbe al paziente non solo benefici ambientali, ma correrebbe "a fornirgli più coraggio, più comprensione e, quindi, un maggior coinvolgimento nella sempre più terribile battaglia contro le malattie e per la vita. Il compito di un direttore di albergo in un ospedale deve principalmente essere quello di far sì che le decisioni amministrative ed igienico-sanitarie, vengano guidate, alla pari, con le regole che investono le normali funzioni alberghiere.

R.G.



< Pubblicità >

Per non dimenticare

di **Giuliano Crisalli**

Il nostro Presidente Eolo Parodi, ha voluto approfondire, soprattutto dal punto di vista sanitario, la situazione nel sud-est Asiatico sconvolto dal maremoto. Nelle pagine che seguono riportiamo la testimonianza di Walter Pasini, direttore del centro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Travel Medicine", che è andato a visitare quelle terre martorate. Un racconto angoscioso, il suo, pieno di inquietanti interrogativi che riguardano, principalmente, l'assistenza agli scampati e la lotta, già timidamente iniziata, per evitare il propagarsi di infezioni e malattie. Subito dopo, intervengono i "Medici senza frontiere", l'organizzazione umanitaria che si prodiga, un po' in tutto il mondo, là dove si soffre, per portare cure, aiuti e solidarietà. A questi volontari potremmo aggiungere i nostri "medici senza età" sempre pronti a scendere in campo per affiancare il collega Guido Bertolaso leader della Protezione civile.

Siamo di fronte a un quadro desolante, drammatico, brutto, che ci sconvolge al punto da aver paura di affrontare una realtà così atroce che non riusciamo nemmeno a descrivere in tutta la sua tragicità se non rileggendo, con la memoria, un cataclisma come lo visse, narrandolo, GOETHE ai primi dell'800: "La terra trema e vacilla, il mare in furia, le navi si sfracellano, crollano le case... in questo modo la natura afferma il suo arbitrio illimitato". Parole terribili, per non dimenticare che in quelle terre lontane migliaia di bambini si aggirano spauriti in un mare di macerie alla ricerca di una carezza, di un sorriso.

Un medico italiano racconta la catastrofe

"Distruzione, morte, malattie: così ho visto l'Indonesia"

di **Walter Pasini (*)**

Questo è il drammatico racconto di un collega riminese che ha partecipato ai lavori del team dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che coordina gli interventi nei Paesi colpiti dal maremoto. Ospedali allagati e apparecchiature completamente fuori uso

Ho partecipato a Banda Aceh in Indonesia ai lavori del team dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che coordina l'intervento sanitario nei paesi colpiti dal maremoto. Lo scopo della missione era quello di dare un contributo - come direttore di un centro collaborante OMS- nella fase di sorveglianza di possibili epidemie un progetto nato oltre un anno fa insieme all'amico professor Yaha Kisjanto, presidente della Società Indonesiana di Travel Medicine al progetto di realizzare un'associazione italo-indonesiana che sviluppi rapporti di collaborazione sanitaria tra i due paesi.

Arrivando a Banda Aceh dall'aereo si ha subito l'impressione dell'entità della catastrofe e questa impressione appare ancor più evidente sorvolando la costa occidentale di Sumatra da Banda Aceh a Melaboh, cittadina di 30-40mila abitanti che ha perso il 90% della sua popolazione. A distanza di tre settimane dallo tsunami, alcune aeree non sono ancora raggiungibili se non per via aerea. Vi è un via vai di elicotteri delle forze armate indonesiane ed americane verso Melaboh. L'aeroporto di Banda Aceh è presidiato da ingenti forze militari per via dei ribelli che infestano le montagne e le colline

della provincia di Aceh. Si tratta di integralisti islamici che rivendicano l'autonomia della provincia di Aceh dal resto dell'Indonesia sull'onda di quanto successo a Timor Est. Il governo indonesiano, per frenare il processo di separatismo ha da tempo fatto concessioni alla provincia inclusa la legge islamica per quanto riguarda le pene contro i furti (il taglio delle dita) e la lapidazione a donne colte in flagranza di adulterio.

In aeroporto, nel Centro Stampa ed in tanti luoghi della città colpisce subito l'elenco impressionante di nomi e fotografie di persone scomparse che i familiari superstiti cercano di rintracciare nella speranza che siano scampate al disastro e che qualcuno abbia visto in qualche campo profughi. Volti di bambini, di ragazze, di famiglie tutte sorridenti, colte in momenti felici ed ora lì a ricordare che forse i loro corpi sono sepolti sotto montagne di detriti e metri di fango. Nel trasferimento dall'aeroporto all'Unità operativa delle N.U. - dove ho preso alloggio insieme all'amico professor Yahya Kisjanto che mi ha accompagnato, colpisce soprattutto l'immensa fossa comune sulla sinistra, lunga un centinaio di metri dove sono stati ammassati alla rinfusa circa 20.000

cadaveri. Ne ho visto recuperare anch'io a decine. In Indonesia se ne recuperano dai 2 ai 3.000 al giorno. Sono stati i militari soprattutto, coloro che sono stati addetti al recupero dei cadaveri dal fango, al loro collocamento in sacchi di plastica, al caricamento in camion fino al trasporto in centri di raccolta. Oltre ai militari sono scolaresche giunte da

In tre settimane l'OMS ha inviato sul campo oltre cento esperti

varie parti del paese a raccogliere i corpi. Sono vestite con divise di color arancione. Sono allegri, si fanno fotografare volentieri, raccontano da dove vengono e come sono stati arruolati.

Decine di migliaia sono stati i feriti. Mezzo milione, secondo l'OMS, in tutto il Sud Est Asiatico. In genere l'acqua non fa feriti, ma morti per annegamento. In questo caso però i corpi urtavano contro piante, mobili, cemento. E conseguenza delle ferite riportate è stato anche il tetano. 65 casi almeno. In un'intera corsia ve ne erano almeno 20, alcuni in fase terminale. L'ospedale

Il ripristino della salute mentale sarà uno dei problemi più assillanti

della città è ancora allagato. Il direttore medico dell'ospedale si sposta da una parte all'altra con i calzoni tirati su al polpaccio. Mi accoglie calorosamente. Mi dice che tutte le apparecchiature dell'ospedale sono andate distrutte, che i medici arrivati sono tanti, ma che stranamente pochi sono gli infermieri, specie quelli specializzati in trattamenti di urgenza e mi chiede di riferirlo al governo italiano. Accanto all'ospedale, i tedeschi hanno impiantato un ospedale da campo molto attrezzato ed efficiente. L'altro ospedale della città è gestito da un'equipe australiana ben equi-

paggiata ed organizzata, composta da chirurghi e rianimatori. Le priorità del soccorso in caso di disastro sono: cibo, acqua pulita, cura dei feriti, riparo per i senza tetto, smaltimento dei rifiuti, farmaci essenziali ed accesso all'assistenza sanitaria.

Si deve quindi immediatamente operare nel campo della sorveglianza delle malattie infettive (colera, febbre tifoide, epatite A ed E, ecc.) per la prevenzione di possibili devastanti epidemie. Lo staff dell'OMS coordina l'intervento sanitario. Tutte le organizzazioni non governative accorse in massa nelle aree della devastazione riconoscono la leadership delle N.U. e per quanto attiene l'assistenza sanitaria, riconoscono all'OMS un ruolo centrale. In 3 settimane, l'OMS ha inviato sul campo più di 100 suoi rappresentanti ed ha fornito materiale sanitario per 2 milioni di persone. La prevenzione del colera e delle altre malattie infettive trasmesse per via alimentare viene attuata cercando attraverso vari sistemi di fornire acqua pulita alle popolazioni. Nell'ambito di tale attività il Ministro della Sanità, dottoressa Siti Fadillah Supari (al centro della foto allegata) che ho incontrato al ministero della Sanità a Giacarta insieme al direttore generale, mi ha chiesto di rivolgere al governo italiano di inviare - così come ha fatto il governo svedese - 80.000 dosi di vaccino anticolerico del tipo orale (Dukoral) insieme ad attrezzature per il trasporto sicuro dei vaccini (la cosiddetta "catena del freddo"). L'OMS ha creato a Ginevra un centro strategico di coordinamento degli interventi ed a Delhi, sede dell'Ufficio regionale OMS per l'Asia centrale, e nei Paesi interessati centri operativi. È stato subito attivato il network di allerta e risposta ad epidemie di interesse mondiale.

I governi di tutto il mondo, istituzioni pubbliche e private hanno donato una quantità immensa di denaro ai paesi colpiti e alle Nazioni Unite. Il problema sarà ora la gestione dei fondi. L'impressione è che i governi siano intervenuti generosamente sull'onda dell'effetto mediatico e per tacitare eventuali critiche da parte delle Agenzie delle N.U. o da parte dell'opposizione interna, ma che non si impegnino più di tanto a verificare se e come i fondi elargiti raggiungano il fine per il quale erano stati tanto generosamente do-

nati.

In varie parti della città sono ricomparsi i mercatini. I sopravvissuti cercano nel loro piccolo di trarre vantaggio dal disastro vendendo frutti, bevande, biscotti a giornalisti e soccorritori. Ma accanto a coloro che intendono ricominciare, vi sono coloro che non si danno pace per la morte di un figliolo o che sono angosciati dalla presenza di fantasmi o di anime che gridano la loro disperazione. In Indonesia, come in Thailandia sono tantissimi coloro che pregano affinché queste anime vaganti trovino la pace in tanta disperazione. E quello del ripristino della salute mentale dopo tanto shock sarà uno dei tanti problemi che continueranno a persistere per mesi ed anni dallo tsunami del 26 dicembre 2004.

Nell'ultimo giorno della mia permanenza in Indonesia oltre al Ministro della Sanità Indonesiana, ho incontrato il presidente del parlamento indonesiano.

Sia il ministro, sia il presidente del Parlamento hanno ringraziato il governo italiano per la generosità ed hanno accolto calorosamente l'idea già da tempo discussa con l'amico e collega Kisjanto di dar vita ad un'associazione italo-indonesiana in campo medico per favorire la reciproca conoscenza della patologia presente nei due paesi, dei relativi sistemi sanitari e per dar vita ad un impegno comune nella prevenzione e controllo delle malattie e per stimolare nei medici una concezione della medicina che concepisca la salute come problema mondiale e non più locale. □

(*) Direttore Centro OMS Travel Medicine



Da sinistra il Dott. Walter Pasini, il ministro della Sanità indonesiano dott.ssa Siti Fadillah Supari e il direttore generale del ministero dott.ssa Sri Astuti S. Suparmanto

Quando il medico è senza frontiere

di Carlo Ciocci

Medici Senza Frontiere nasce nel '71 in Francia: oggi ha sedi in 19 Paesi. E' un'associazione con scopi umanitari e rappresenta la più importante organizzazione privata per le emergenze di soccorso sanitario. Nel '99 riceve il Premio Nobel per la Pace. Gianfranco De Maio - responsabile medico della sezione italiana di MSF - ha partecipato a diverse missioni e parla dell'impegno nel sud-est asiatico e, più in generale, di com'è organizzata l'associazione

Che genere di intervento avete organizzato per il maremoto nel sud-est asiatico?

Siamo intervenuti con più di 200 operatori e 2mila tonnellate di materiali. Dopo una prima valutazione, abbiamo deciso di concentrare il nostro impegno prevalentemente in Indonesia, nella zona di Aceh, e nello Sri Lanka. Tra le diverse attività, supportiamo le strutture sanitarie locali, abbiamo organizzato vere e proprie cliniche mobili ed allestito sistemi per la disinfezione dell'acqua nei campi degli sfollati. Abbiamo anche dovuto fare fronte a casi di tetano ed organizzato una campagna di vaccinazione per le persone più a rischio. Per quanto concerne il pericolo di epidemie al momento non sembra che sussista tale rischio, anche se le precarie condizioni igieniche consigliano di non abbassare la guardia. A parte l'Indonesia e lo Sri Lanka, in Thailandia abbiamo donato materiale medico agli ospedali della provincia di Phang Na e nell'India meridionale abbiamo avviato un programma di supporto psicologico per il trauma mentale che la popolazione ha subito.



Un "dottore" di MSF ad Aceh, Indonesia
foto di Francesco Zizola

I medici senza frontiere sono sempre ben accolti dalla popolazione?

Lo siamo sempre stati sino a poco tempo fa. Sino a quando non è scoppiata la guerra al terrorismo ed il tentativo di portare i valori occidentali.

Da allora abbiamo visto che non siamo sempre ben voluti. Nel giugno scorso in Afghanistan sono stati uccisi cinque medici senza frontiere con la motivazione di essere "spie degli americani": senza cioè tenere conto che eravamo lì dal 1980, quando i russi invasero il Paese. All'inizio anche i Talebani ci rispettavano ma, come detto, dopo l'intervento degli Stati Uniti ci accusarono di essere lì per fare la spia degli americani. D'altra parte anche il nuovo Governo afgano non ci ha saputo garantire. Per motivi analoghi, è evidente, siamo venuti via dall'Iraq.

Come si diventa Medico senza frontiere?

Quella di entrare a far parte di MSF è una scelta individuale e volontaria. Il medico decide di intraprendere un percorso di vita per cui dedica una parte della sua vita ad una o più missioni. Per fare questo si organizza utilizzando quando può l'aspettativa usufruendo della legge sul volontariato, oppure si appella alla benevolenza del caposervizio; dopo di che viene impegnato per un periodo di sei mesi, ad eccezione del chirurgo che, per il gravoso impegno al quale dovrà fare fronte, lavorerà per non più di un mese.

Come avviene la valutazione della professionalità del medico?

Viene valutato il suo curriculum e si stende un profilo psicologico. Per quanto concerne il cur-

riculum, è sempre richiesto di aver studiato presso una scuola di Medicina tropicale riconosciuta a livello europeo. In Italia l'unico istituto che ha questa caratteristica è quello di Brescia. Proprio nella sede di Brescia, MSF gestisce la settimana sulle emergenze sanitarie che è compresa nel master in Medicina tropicale.

Come vengono reclutati i medici per le singole missioni?

A seconda dell'emergenza o del progetto che affrontiamo. Solo per fare un esempio, se prevediamo di trovarci di fronte a pazienti con malattie infettive è chiaro che invieremo infettivologi o personale con alle spalle una significativa esperienza in quel campo.

Come è organizzata MSF?

A livello internazionale esistono cinque sezioni operazionali, Francia, Belgio, Olanda, Svizzera e Spagna, le prime ad essere organizzate tra gli anni '70 e '80. Sono queste sezioni ad avere le capacità tecniche di elaborazione di progetti in ogni parte del mondo dopo che è stata individuata la necessità di intervento e valutato se esiste la relativa copertura finanziaria. Negli anni, con la partecipazione alle iniziative di MSF di sanitari di nazionalità diverse, nacque l'esigenza di avere sezioni dell'associazione anche in altri Paesi. Fu così che videro la luce le sezioni-partner, ad oggi ben 14, compresa quella italiana. Dal 2005 alcuni progetti vengono gestiti operativamente anche da Roma: si tratta dei programmi che si svolgono in Colombia, Perù, Haiti ed Etiopia.

Come si sostiene economicamente MSF?

Il segreto della reale indipendenza politica è l'indipendenza economica. Non è possibile ricevere fondi da un governo o da multinazionali senza correre il rischio di dover, poi, tenere conto della politica che svolge quell'istituzione. In quest'ottica, l'80% dei fondi di MSF proviene da privati cittadini e solo il restante 20% è di provenienza pubblica. Questi ultimi sono fondi che offrono governi di nazioni che non hanno interessi specifici nelle aree dove operiamo, oppure che vengono dalla Comunità europea. Sempre per lo stesso motivo non prendiamo soldi dagli Stati Uniti, perché altrimenti rischieremmo a ragione di essere identificati con la politica americana.

Ed i rapporti con il Governo italiano?

Dal Governo italiano non percepiamo sostegno economico perché è troppo complicato a causa della burocrazia e poi per ora i soldi sarebbero pochi e vincolati. Con gli Enti locali il discorso è diverso: Regioni, province e Comuni erogano finanziamenti anche se di limitata entità, ma di grande valore simbolico.

Che collegamento avete con il Servizio sanitario del Paese nel quale intervenite?

Noi dobbiamo avere un collegamento con l'apparato sanitario locale dal momento che lavoriamo con i nostri medici nelle strutture pubbliche dei vari Paesi, portandovi i medicinali e impiegando il personale sanitario locale, quando necessario, con una retribuzione diretta. Dopo aver fatto tutto questo, trascorso un certo periodo, quando la struttura torna a regime la ri-consegniamo alle autorità competenti.

Siete impegnati anche in Italia?

Sì, per monitorare la situazione sanitaria degli immigrati, sia al momento degli sbarchi, sia quando sono dispersi nel territorio nazionale. Molti sbarcano in condizioni fisiche precarie, e abbiamo chiesto di poter essere presenti per intervenire nei casi di urgenza sanitaria, tenuto conto che la normativa prevede che un soggetto malato non può essere espulso: un clandestino malato deve essere prima curato e solo dopo espulso. Oltre a questo, si deve tenere conto che tra l'ingresso in Italia e l'espulsione passa del tempo durante il quale le persone si disperdono trovando occupazione come braccianti. Ebbene, noi abbiamo organizzato a Caserta, Ragusa, Foggia e Gioia Tauro diverse unità mobili per valutare lo stato di salute di questa popolazione e abbiamo verificato che molto spesso non provano neanche a ricoverarsi nelle strutture sanitarie italiane per paura di incorrere in problemi di natura legale. Collaboriamo quindi con le ASL per l'attivazione di quelle strutture semplici e a norma di legge che permettono da un lato di svolgere una corretta funzione di salute pubblica, e dall'altra evitare il sovraccarico dei Pronto soccorso. L'esperienza di Roma, Siracusa, Ragusa e Brescia dimostra come che oltre a migliorare la qualità del lavoro degli operatori pubblici, si ottiene anche un significativo risparmio economico.

Dottor De Maio, vuole aggiungere qualcosa'altro?

Dal 1999 abbiamo lanciato, investendovi tutti i soldi derivanti dall'assegnazione a MSF del Nobel per la Pace, una Campagna affinché le popolazioni in situazione precaria possano disporre dell'accesso alle cure e quindi dei farmaci essenziali di qualità al minor costo. I risultati sino ad ora ottenuti sono rilevanti e non perdiamo occasione di svolgere un'opera di sensibilizzazione sull'argomento. Da quest'anno, poi, è stato chiesto ai nostri medici di prendere parte, come docenti, a corsi universitari presso alcune facoltà di medicina e farmacia per far conoscere questa tematica che evidentemente è ritenuta di importanza fondamentale non solo da noi. □

La solidarietà e l'organizzazione

di Giorgio Bartolomucci

A circa un anno dalla nascita del progetto Medici senza età tracciamo un primo consuntivo di quanto è stato fatto, ma soprattutto di quanto c'è ancora da fare

A fine 2004, il vocabolario della lingua italiana si è drammaticamente arricchito di una nuova parola: Tsunami. Maremoto, onda anomala, meglio ancora, assassina. Interi villaggi e paesi sono stati completamente rasi al suolo, centinaia di migliaia le vittime innocenti. Come conseguenza del grave disastro che ha colpito i paesi asiatici, in quest'ultimo mese, un altro vocabolo ha assunto un ruolo di primo piano nella nostra comunicazione quotidiana: solidarietà. Un concetto che è stato declinato in tanti modi, tradizionali e più innovativi: dal classico aiuto economico, all'adozione a distanza, fino ai francobolli e agli sms di solidarietà. E in questo spirito, fin dai primi giorni dopo la catastrofe, quando si è iniziato a comprenderne l'estensione e la gravità, mi sono personalmente recato negli uffici centrali del Dipartimento della Protezione Civile, per mettere a disposizione la banca dati dei nostri Medici senza età, molti dei quali ci hanno subito chiamato e scritto per confermare la propria disponibilità umana e professionale a contribuire alla risposta sanitaria, sia in questa situazione d'emergenza, che nella successiva fase di ricostruzione. La stessa disponibilità l'abbiamo messa a disposizione di tutte le altre organizzazioni umanitarie con cui la Fonda-

zione Enpam ha già stipulato convenzioni o altre forme di collaborazione (Caritas, Emergency, Medici senza Frontiere, ASIA, Terres d'Hommes, VIS, ecc.). Fatta questa premessa, è importante chiarire a che punto è arrivato il nostro progetto cui abbiamo dato il nome Medici senza Età. Nato a metà del 2004, l'iniziativa ha trovato una così forte adesione da parte di colleghi in pensione, o prossimi a lasciare il proprio posto di lavoro, che ci ha quasi sorpresi, o perlomeno trovati impreparati. Non potendo, infatti, prevedere quale sarebbe stata la risposta, non avevamo ancora attivato i contatti con le Associazioni di Volontariato che avrebbero dovuto costituire il naturale sbocco alla nostra offerta di aiuto. Subito prima dell'estate, quindi, quando i medici a disposizione erano ancora solo 300, e concentrati principalmente in alcune grandi città, abbiamo iniziato a incontrare Ministeri e Organizzazioni non Governative, elaborando convenzioni quadro e fornendo i primi nomi dei medici pronti a partire per

paesi lontani quali il Tibet, il Benin e il Madagascar. Della esperienza in Angola fatta dalla dottoressa Rosa Maria Cariati abbiamo già riferito in un articolo lo scorso novembre, sul n°. 8 del giornale (chi volesse aiutarla a continuare la sua opera nell'ambulatorio di Lwuna può in-



viare un contributo indirizzato a Lumbelumbé O.N.L.U.S., Via Guido Reni, 42 000196 Roma Progetti di solidarietà per paesi in via di sviluppo C/C postale 37278439 oppure C.C bancario BNL 11966 ABI 01005 CAB 03333). Ma torniamo a noi e al nostro progetto: un'altra fase del lavoro è stata l'identificazione di quelle associazioni più piccole che già svolgono la loro attività nel territorio nazionale, o soltanto a livello locale. Verso di loro è stata rivolta una prima campagna di sensibilizzazione e informazione che ha trovato un importante appoggio in articoli pubblicati sul nostro Giornale della Previdenza, quotidiani quali il Messaggero e La Repubblica, i mensili 50&più e Doctor, e in diverse interviste radiofoniche e televisive. Nel frattempo, il numero dei colleghi che si sono dichiarati pronti a lavorare nel volontariato, offrendo tempo libero, oltre che, evidentemente, esperienza e solidarietà, è pian piano salito fino a superare il numero di cinquecento, fra medici di base e specialisti, sparsi su tutto il territorio nazionale, distribuiti in maniera uniforme all'interno delle varie Regioni, non solo nelle grandi città ma anche in capoluoghi di provincia e piccoli centri. La strategia di diffusione dell'informazione più a livello locale, è continuata e si è concretizzata nell'invio di centinaia di lettere in quelle regioni dove il nostro data base ci indicava una maggiore presenza di medici disponibili. In ordine: Toscana, Emilia Romagna, Lazio, Campania, Liguria, Sicilia, Puglia, cui seguiranno a breve, Veneto, Piemonte, Umbria e, via via, tutte le altre. L'obiettivo è stato quello di far conoscere la nostra attività a tutti coloro che operano nel volontariato e che potranno avere un notevole beneficio dalla collaborazione con la nostra Fondazione. I risultati tangibili si sono subito visti. Al momento ci hanno scritto oltre ottanta associazioni locali e coordinamenti di livello nazionale, sono state stipulate due nuove convenzioni con la Lega Italiana per la lotta contro i tumori, e l'Associazione "Guido per vivere", che da anni si occupa di educazione stradale. Come è comprensibile, questa operazione, a causa delle numerose richieste pervenute, ha determinato, a cascata, una serie di conseguenze organizzative, all'interno della Fondazione Enpam stessa, che, come è noto non ha fra le sue competenze specifiche il volontariato e la solidarietà internazionale. Stiamo quindi ancora cercando di strutturare al meglio un piccolo gruppo di persone che si dedicheranno maggiormente a questa attività che prevede, oltre ai contatti con le Associazioni e lo sviluppo delle convenzioni, la catalogazione delle richieste di adesione al progetto (suddividendo i medici per regione, provincia e città, specialità ed esperienze fatte, lingue conosciute, disponibilità a recarsi al-

l'estero o meno, ecc.), una prima selezione in rapporto alla professionalità necessaria, e successivamente, la richiesta di autorizzazione a fornire i dati personali del medico all'organizzazione di volontariato richiedente. Speriamo che si tratti di una semplice fase di aggiustamento che non dovrebbe durare a lungo, e che, dopo averla superata, saremo in grado di essere più tempestivi ed efficaci nell'organizzare meglio l'intero data base e l'intero meccanismo. Per il momento ringraziamo i medici che hanno già aderito, quelli che si sono già messi al lavoro e quelli che presto lo faranno. Ma soprattutto ci scusiamo con i colleghi che ancora non sono stati contattati: speriamo di riuscire presto a dare anche a loro l'opportunità di rendersi utili alla collettività. In conclusione, dopo circa dodici mesi, all'interno della Fondazione Enpam oggi esiste un qualcosa di importante che prima non c'era, e che, a detta di tanti colleghi, apre le porte a un'estensione della propria attività professionale su base volontaria, oltre il fastidioso limite legale dell'età pensionistica. Riaffermando in maniera chiara la funzione etica e sociale della professione, e mettendo soprattutto in evidenza quella grande dose di umanità che ci vuole per occuparsi, per una intera vita, dei mali e del dolore degli altri. □



< Pubblicità >

< Pubblicità >

"Day Service"

di Ernesto Luzi

Un'efficace soluzione per prenotare esami clinici in tempi rapidi avviata da gennaio all'ospedale S. Maria di Terni

Interessanti novità sono emerse nel corso di una conferenza dei servizi svoltasi recentemente presso l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni, ove è stato reso noto un importante progetto che permetterà di snellire ciò che è oggi diventato un problema, vale a dire la prenotazione per effettuare esami clinici in tempi brevi. La principale novità del "Day Service" - ha sottolineato il Dott. Giovanni Gianni, Direttore Sanitario dell'Ospedale Santa Maria - consiste nella temporanea presa in carico da parte dello specialista del paziente previa richiesta del medico curante.

Per presa in carico si intende l'effettiva assunzione della responsabilità dell'iter diagnostico terapeutico circa la definizione del problema di salute rappresentato dal paziente.

Questa modalità organizzativa può comportare un duplice vantaggio: una eliminazione di esami clinici e/o strumentali potenzialmente ridondanti ed anche una sensibile riduzione dei tempi di definizione del caso clinico. In effetti la selezione degli accertamenti e la loro prenotazione avverrà senza ulteriori rimandi al medico di medicina di generale dal momento che sarà la stessa struttura specialistica a programmare ta-

li accessi.

Il medico di medicina generale dovrà, se vorrà avvalersi di questa opportunità, formulare un quesito clinico allo specialista senza disporre altri accertamenti per il suo assistito.

Dal punto di vista del paziente questa modalità organizzativa produce il vantaggio di avere una risposta più tempestiva, mentre per lo specialista si realizza una situazione di maggiore responsabilizzazione e quindi di maggiore soddisfazione professionale in quanto non è chiamato a fornire una semplice prestazione, ma vede ulteriormente riconosciuto il proprio ruolo professionale. □

All'erta epidemie

Olimpiadi 2006 pronto un progetto

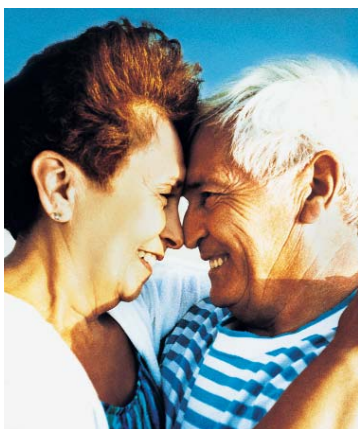
Attività d'intelligence sul territorio e tecnologie per rilevare tempestivamente eventuali epidemie. E dare l'allerta in tempi rapidi. E' il Progetto di sorveglianza sindromica a cura del ministero della Salute, presentato al Sanit, alla Fiera di Roma, durante il convegno "Alle frontiere della salute", promosso dallo stesso ministero. Il progetto sarà sperimentato durante le Olimpiadi invernali del 2006 a Torino.

"Gli operatori dei Dipartimenti di sanità pubblica – spiega Luisa Sodano, della Direzione generale

della prevenzione sanitaria del ministero della Salute – svolgono un lavoro investigativo, in collegamento con le istituzioni centrali, monitorando in tempo reale alcuni indicatori di malattia. Si riesce così a rilevare le epidemie prima di quanto è oggi possibile. Questo sistema di sorveglianza, che non sostituisce ma integra quelli attuali, ha avuto grande sviluppo negli USA dopo l'allarme antrace nel 2001, richiede un'elevata componente tecnologica e analizza dati come gli accessi ai Pronto soccorso o gli acquisti dei farmaci da banco".

Fra gli obiettivi del progetto italiano di "sorveglianza sindromica", potenziare in alcuni ospedali "sentinella" la sorveglianza in base ai problemi di triage nei Pronto soccorso, mettere in rete gli 11 centri anti-veleno del nostro Paese, definire procedure di gestione dell'allerta uguali ovunque.

Il tutto sarà sperimentato durante le Olimpiadi invernali di Torino a febbraio prossimo. Sulla scrivania del ministro della Salute è in via di stesura il decreto per la costituzione del sotto-comitato scientifico che avrà il compito di definire gli aspetti tecnici e organizzativi, monitorare i risultati e la sperimentazione nel capoluogo piemontese. Il progetto è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Per raggiungere gli obiettivi fissati serviranno almeno tre anni: sono stati già stanziati 600mila euro dal Programma 2004 del Centro di controllo delle malattie (Ccm). □



Operazioni a tempo di primato

L'Enpam già dal rateo di febbraio ha adeguato le proprie pensioni alla nuova tassazione

di Ernesto Del Sordo (*)

Com'è noto, la legge finanziaria per l'anno 2005 ha previsto rilevanti modifiche in materia di applicazione di imposta sul reddito delle persone fisiche.

Come affermato dalla Circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 2 del 3 gennaio 2005, la nuova disciplina è generalmente più favorevole per i contribuenti e si concretizza in due elementi fondamentali:

- da un lato, la riduzione del numero delle aliquote e la revisione degli scaglioni di reddito;
- dall'altro, la trasformazione in deduzioni delle detrazioni di imposta per carichi di famiglia.

L'aggiornamento delle procedure informatiche per il calcolo delle imposte rappresenta un'operazione oggettivamente molto complessa, che ha richiesto controlli piuttosto accurati. L'Enpam ha completato queste operazioni a tempo di record, e, primo fra gli Enti previdenziali di maggior rilievo, ha applicato la nuova tassazione già a partire dal rateo di febbraio, in pagamento dal 1° giorno del mese.

Anche l'Inpdap procederà all'applicazione delle nuove norme dal mese di febbraio, ma le sue pensioni hanno quasi tutte valuta dopo la metà del mese; l'Inps, invece, ha reso noto che lo sconto fiscale arriverà con il rateo di marzo.

Ovviamente, l'aggiornamento del calcolo ha finora riguardato i pensionati che sono titolari esclusivamente di pensioni dell'Enpam. Per tutti gli altri iscritti che sono titolari di pensioni anche a carico di altri Enti e quindi interessati dalle disposizioni del Casellario Centrale dei pensionati, in attesa delle indicazioni per il 2005, continua ad essere applicata la

TASSAZIONE REDDITO DA PENSIONE ANNO 2005

(Legge finanziaria 2005)

Nelle seguenti tabelle si forniscono, per l'opportuna consultazione, i principali elementi della nuova disciplina fiscale, in vigore dal 1° gennaio 2005.

< ALIQUOTE D'IMPOSTA – IRE – (IMPOSTA SUL REDDITO) EX IRPEF >

SCAGLIONI DI REDDITO	ALIQUOTA	IMPOSTA ANNUA	IMPOSTA MENSILE
Fino a 26.000	23	5.980	498,33
Oltre 26.000 fino a 33.500	33	8.455 (5.980 + 2.475)	704,58
Oltre 33.500 fino a 100.000	39	34.390 (8.450 + 25.935)	2.865,83
Oltre 100.000 contributo di Solidarietà' (39 + 4)	43		

N.B.: il contributo di solidarietà del 4% si configura come una ulteriore aliquota e non va confuso con il contributo di solidarietà dovuto nella misura del 3% per l'anno 2005, sui redditi esclusivamente da pensione superiori a Euro 176.731,75

< DEDUZIONI PER FAMILIARI A CARICO >

*"Le deduzioni "virtuali" sostituiscono le detrazioni d'imposta".
"L'importo effettivo è collegato al reddito".*

CARICHI DI FAMIGLIA	DEDUZIONE ANNUA	DEDUZIONE MENSILE
- coniuge a carico	3.200	266,67
- per ogni figlio o altro familiare a carico	2.900	241,67
- per ogni figlio con meno di 3 anni	3.450	287,50
- primo figlio se manca un genitore	3.200	266,67
- per ogni figlio portatore di handicap	3.700	308,33

Le nuove deduzioni, al pari delle vecchie detrazioni spettano solo per i familiari "a carico", sono rapportate a mese e spettano dal momento in cui si sono verificate le condizioni.

medesima tassazione del 2004. Il Casellario Inps, contattato in proposito, aveva assicurato che entro il mese di febbraio 2005 sarebbe stata effettuata un'elaborazione straordinaria dei dati in archivio; è

stato quindi possibile adeguare le posizioni dei restanti pensionati alla nuova tassazione con il rateo del prossimo mese di aprile.

(*) Vice Direttore Generale Enpam

Siamo i primi tra
gli Enti previdenziali
di maggior rilievo
ad aver applicato la
nuova tassazione
dall'1 febbraio 2005



Effettuata a
febbraio una
elaborazione
straordinaria
dei dati in
archivio

FAMILIARI A CARICO

Un "Familiare a carico" è qualsiasi membro della famiglia che possieda una reddito complessivo non superiore a Euro 2.840,51 (£. 5.500.000).

A Sono considerati familiari a carico, anche non conviventi con il pensionato:

- > il coniuge non legalmente ed effettivamente separato;
- > i figli (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati) di qualunque età.

B) Sono considerati familiari a carico, purché conviventi con il pensionato:

- > il coniuge legalmente ed effettivamente separato;
- > i discendenti dei figli (i nipoti);

- > i genitori;
- > i suoceri;
- > i generi e le nuore;
- > i fratelli e sorelle;
- > i nonni.

N.B.: è prevista una nuova deduzione spettante in relazione alle spese sostenute per addebi all'assistenza personale di soggetti non autosufficienti, anche se il familiare non è nelle condizioni per essere considerato a carico. Questa deduzione, di Euro 1.820 annua potrà essere fatta valere dall'interessato, unicamente in sede di dichiarazione dei redditi.

< CALCOLO DEDUZIONE FAMILIARI A CARICO >

Le nuove deduzioni abbattano direttamente il reddito da pensione, diversamente dalle detrazioni d'imposta della previgente normativa, che riducevano l'imposta.

< FORMULA DEDUZIONE ANNUA >

$$\frac{78.000 + \text{deduzioni teoriche} + \text{oneri deducibili} - \text{reddito da pensione annuo}}{78.000} \times \text{deduzione annua}$$

Esempio: pensionato con reddito da pensione di Euro 20.000 e due figli a carico di cui uno nato il 3 febbraio 2005.

- calcolo della deduzione no tax area:

$$\frac{26.000 + 7.000 - 20.000}{26.000} = 0,5 \times 7.000 = 3.500 \text{ (deduzione effettiva spettante)}$$

- calcolo della deduzione per familiari a carico:

2 figli di cui 1 di età inferiore a 3 anni

$$(3.450 \times 11 : 12) + 2.900 = 3.162,5 + 2.900 = 6.062,5 \text{ (deduzione teorica spettante)}$$

$$\frac{78.000 + 6.062,5 - 20.000}{78.000} = 0,8213 \times 6.062,5 = 4.979,13 \text{ (deduzione effettiva spettante)}$$

$$\text{Euro } 20.000 - 3.500 - 4.979,13 = 11.520,87 \text{ (reddito imponibile)}$$

$$11.520,87 \times 23\% = \mathbf{2.649,80} \text{ (imposta netta dovuta)}$$

CONFRONTO DELLE ALIQUOTE D'IMPOSTA

<ALIQUOTE IRPEF 2004>			< ALIQUOTE IRE 2005>		
SCAGLIONI DI REDDITO	ALIQUOTA	IMPOSTA ANNUA	SCAGLIONI DI REDDITO	ALIQUOTA	IMPOSTA ANNUA
Fino a 15.000	23	3.450	Fino a 26.000	23	5.980
Oltre 15.000 fino a 29.000	29	7.510	Oltre 26.000 fino a 33.500	33	8.455
Oltre 29.000 fino a 32.600	31	8.626	Oltre 33.500 fino a 100.000	39	34.390
Oltre 32.600 fino a 70.000	39	23.212	Oltre 100.000 contributo solidarietà del 4%	43	
Oltre 70.000	45				

Impostare nuove strategie previdenziali

Anche per i medici "esistono" anzianità e malattie

di Alberto Oliveti (*)

E' evidente la necessità di un impegno nella comunicazione all'interno della categoria anche per sottolineare sempre di più la finalità garantista della previdenza

Una buona parte dei redditi dei medici viene dedicata, per legge o per scelta, alla tutela di quelle situazioni più o meno prevedibili - l'anzianità e la malattia - per fare i due esempi classici - che possono mettere a rischio l'equilibrio personale e familiare del medico.

È quindi ovvia la finalità garantista della previdenza, assicurare la libertà dal bisogno per sopravvenuta criticità esistenziale.

Ed è per questo che i governi promuovono presso la cittadinanza l'integrazione della componente già resa obbligatoria, utilizzando anche incentivi fiscali.

Nel mix tra obbligo e facoltà si delineano anche le diverse impostazioni originarie della previdenza pubblica e privata, la prima fondata sulla sostenibilità nel tempo del sacrificio reddituale richiesto a fronte dell'adeguatezza della tutela, in un quadro di solidarietà tra contribuenti anche di generazioni diverse, e l'altra più strettamente legata all'equilibrio finanziario tra contribuzione e prestazione del singolo.

In breve, uno è un sistema di rete in equilibrio globale, l'altro di singole filiere indipendenti. Ed è tutta qui l'essenza e la differenza delle vi-

sioni previdenziali pubbliche e private che, per massimizzare la comune funzione di copertura dagli imprevisti e dalle fragilità, possono anche essere utilizzati in un approccio integrato.

Quindi non può bastare ad un medico prudente ed attento ciò che obbligatoriamente devolve alla previdenza, deve dedicare ad essa un fattore determinante: la propria attenzione.

Solo un approccio consapevole ed informato al problema di darsi adegua-

ta copertura dai rischi della vita, permette di impostare per tempo una strategia previdenziale ed assicurativa che dia ragionevoli garanzie di efficacia.

Oltre ad avere una buona pensione, quindi bisogna pensare all'evenienza dell'infortunio e della malattia, e non solo come indennità temporanee o risarcimento dei costi sostenuti, ma come ristoro della perdita definitiva della propria potenziale capacità di guadagno.

Vanno inoltre previste le adeguate coperture per la responsabilità professionale, per la tutela legale e per l'assistenza sanitaria integrativa, solo per citarne alcune.

Appare dunque evidente come sia necessario un impegno notevole e determinato nella comunicazione per fare di questa impostazione un sentire comune all'interno della categoria. In previdenza come in molti altri campi, comunicare bene non significa solo far passare un messaggio con efficacia, ma anche mettersi in relazione con chi lo riceve, in un rapporto di alleanza e condivisione.

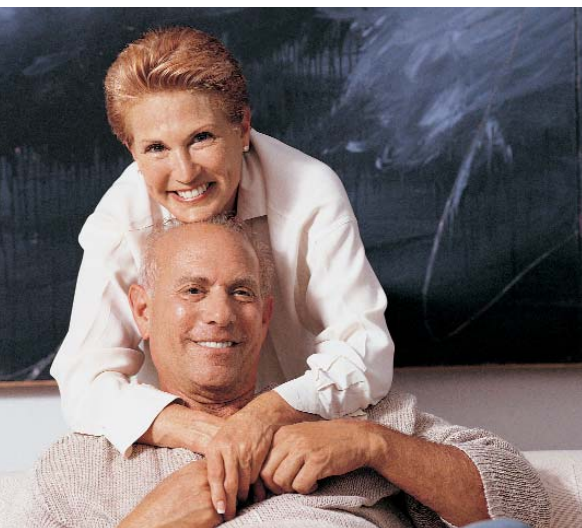
Se è vero che il pre-requisito fondamentale di ogni buona comunicazione è la capacità di ascolto, che solo così si impostano correttamente le soluzioni efficaci ai problemi espressi o rilevati, con altrettanta convinzione credo che l'obiettivo finale di questo mettersi in relazione sia configurabile nel contributo ad orientare il giudizio del medico nel prendere decisioni consapevoli e commisurate alle proprie esigenze.

L'attività di counselling è il processo terapeutico che aiuta il paziente ad esplorare la natura dei propri problemi, perché sia lui stesso a decidere cosa fare, senza indicazioni dirette o assicurazioni.

Che sia tempo di estendere questo approccio alla previdenza medica?

Se la risposta è affermativa, ritengo che tutte le istituzioni che fanno riferimento ai medici, l'ENPAM e l'Ordine professionale in primis, debbano orientarsi e formarsi a questa impostazione di assistenza e consulenza.

(*) Consigliere di Amministrazione Enpam



< Pubblicità >

Civilissimo contrattacco che non è ... rosa

Medico donna ? No. Medico e basta

di Ester Maragò



Da sinistra Elena Gogosi, Laura Venturi, Claudia Felici, Maria Grazia Tullo, Carla Petrucci, Laura Reali

"Parole, parole parole".

Quale migliore canzone da dedicare ai colleghi uomini se non questa. Tra il serio ed il faceto sei intraprendenti dottoresse di medicina generale l'hanno indicata come la più appropriata. Perché? Semplice: gli uomini, anche se con le dovute eccezioni, discutono, costruiscono con le parole mirabolanti progetti, ma al dunque realizzano poco. Mentre la maggioranza delle donne, in barba ad ogni luogo comune che vuole "sesso debole" e chiacchiere strette in un connubio indissolubile, non si perdono in discorsi inutili: agiscono. E subito.

I medici di medicina generale Claudia Felici, Elena Gogosi, Carla Petrucci, Maria Grazia Tullo, Laura Venturi, e la pediatra Laura Reali di Roma lo hanno dimostrato. L'Accordo collettivo nazionale del 2000 ha ridisegnato i contorni della medicina generale premiando il lavoro di gruppo? Detto fatto. Ispirandosi al nome di una costellazione hanno immediatamente costituito l'associazione Andromeda.

E non è finita qui. I fiori all'occhiello della neo-

E' nata una costellazione al femminile, si chiama ANDROMEDA e vi lavorano sei colleghe in camice bianco impegnate a risolvere al meglio i problemi dei pazienti che richiedono assistenza. Vogliono essere considerate un punto di riferimento per informazione, formazione e terapia

nata Convenzione, firmata alla fine di gennaio, sono le équipes territoriali? Bene, anche in questo caso non si sono fatte trovare impreparate. Anzi, a dirla tutta hanno percorso i tempi anti-

cipando persino l'accordo recentemente siglato dalla regione Lazio con i medici di famiglia che ha dato il via alla sperimentazione delle unità di cure primarie. A breve verrà, infatti, inaugurata la nuova sede di Andromeda che accoglierà sotto lo stesso tetto

il team rosa. I pazienti potranno ricevere assistenza dalle nove del mattino alle diciannove di sera, e sarà anche disponibile una stanza adibita al primo soccorso. "Abbiamo previsto un luogo - ha detto Laura Reali - dove i pazienti che necessitano di cure rapide possano ricevere, ove necessario, oltre ad un'immediata visita dal medico presente, un controllo elettrocardiografico e un primo sostegno terapeutico. Il paziente in questa postazione può essere osservato fino, o alla risoluzione del problema, o alla decisione di invio a prestazioni mediche di secondo livello". Insomma, anche la sfida contro i codici bianchi

Stanno puntando all'abolizione delle liste di attesa

problemi dei pazienti che chiedono assistenza. Vogliamo diventare un punto di riferimento per informazione, formazione e terapia”.

Come? Ad esempio riunendo piccoli gruppi di pazienti diabetici od obesi per insegnargli – anche attraverso l’ausilio di specialisti del settore – a gestire la propria malattia. Oppure fornendo informazioni complete sulla medicina omeopatica e sulla fitoterapia che negli ultimi anni hanno visto crescere il loro appeal tra gli italiani.

Di certo in questi quattro anni hanno fatto parlare di loro.

Ispirate dal motto alfiariano “volli fortissimamente volli” hanno organizzato con il placet del Direttore (donna) della Asl Roma E, una campagna di informazione sulle donazioni di sangue e organi. Hanno convocato tutti i loro assistiti; pubblicizzato (a loro spese) l’evento con locandine affisse in posti strategici del distretto quali negozi, scuole, edicole, università di zona,

non le ha spaventate, e hanno messo sul tappeto le “atout” per vincere.

“La nostra mission - ha spiegato Laura Venturi - è risolvere i

supermercati; e ottenuto una sala della parrocchia. Qui il coordinatore del centro donazione e trapianti d’organo (donna) e il responsabile del centro trasfusionale dell’ospedale Santo Spi-

rito (“ça va sans dire” donna) hanno risposto alle domande delle oltre seicento persone intervenute.

Risultati? Nel territorio della Asl E il numero delle donazioni di sangue e delle dichiarazioni di volontà di donazione di organo è cresciuto notevolmente.

Ora stanno puntando all’abbattimento delle liste d’attesa. Da luglio è iniziata una collaborazione con il Dipartimento di cardiologia dell’ospedale San Filippo Neri, diretto da Massimo Santini,

Al team Andromeda è stato fornito un apparecchio di telecardiografia che consente la rilevazione e la comunicazione di tracciati elettrocardiografici sia per richieste routinarie che non accedono all’ambulatorio di cardiologia, sia per la valutazione immediata in caso di precordiale e/o aritmia. “Il paziente con un problema emergente – ha chiarito Maria Grazia Tullo – viene valutato in tempo reale dal cardiologo, e

in caso di necessità viene ricoverato immediatamente senza il passaggio al pronto soccorso, accorciando il tempo di intervento, ed evitando così anche richieste di ricovero inappropriate”.

È sicuramente la grande passione verso la medicina di famiglia il motore che le muove.

Nonostante ognuna abbia una specializzazione nelle aree più disparate. “Più esercito questa attività e più mi piace – ha detto Elena Gogosi -. Consente di avere un contatto con le persone, non solo da un punto di vista professionale, ma anche umano”. Anche se, ha aggiunto con ironia Carla Petrucci “questo lavoro è stata rovinato da chi l’ha esercitato alla Terzilli”.

Il trucco per vivere bene la medicina di famiglia è non considerarla un ripiego, ma un’occasione di arricchimento professionale. Peccato, hanno aggiunto provocatoriamente, che qualche collega sembra averlo dimenticato; forse anche a causa delle troppe incombenze burocratiche, e dei pochi incentivi economici che di certo non aiutano, tant’è che negli ultimi anni, secondo i dati del ministero della Salute, il numero dei generalisti presenta un trend in costante calo.

Le donne, in questo scenario con luci e ombre, sembrano superare meglio le criticità. “Abbiamo una maggiore capacità di comunicazione. Che racchiude intuito, sensibilità - ha commentato Laura Venturi -. Ci concentriamo di più sul messaggio che invia il paziente. Questa attenzione verso l’altra persona fa parte del nostro bagaglio culturale. Ciò non significa che i maschi non siano sensibili o non approfondiscano il rapporto con gli assistiti, tutt’altro, ma sicuramente noi ci riusciamo con maggior naturalezza e traiamo quindi il meglio da questa attività”.

A proposito di uomini, come sono i rapporti con i colleghi? “Ottimi, ma con pochissimi e selezionati” hanno risposto in coro. “Normalmente il primo commento che arriva dai colleghi è di carattere estetico”. E dalla donna? “Anche”. Ma se l’altra metà del cielo superato il primo approccio fondato sull’esteriorità cerca rapidamente un rapporto professionale, il “sesso forte” tende, di norma, a non confrontarsi.

Insomma sono tutte perfette queste donne? Macché, nella tagliola dell’“abbrutimento” professionale, e non solo, sono rimaste intrappolate in molte. Per uscirne la chiave giusta è proprio quella dell’associazionismo. “Il lavoro di squadra – ha sottolineato Claudia Felici - è un toccasana: incentiva a migliorare le performance professionali, supporta nei momenti di difficoltà, costringe ad uscire dalle negatività dell’isolamento”.

Per il futuro? “Su questo punto non abbiamo intenzione di anticipare nulla” hanno detto all’unisono. Perché? “I colleghi uomini si potrebbero ingelosire”. □

La grande passione per la Medicina di famiglia

< Pubblicità >

< Pubblicità >



I problemi sanitari analizzati
al microscopio della statistica

Medici e statistiche

Diamo una serie di notizie che provengono da attendibili indagini effettuate da importanti centri di ricerca. Abbiamo attinto i dati dalle Agenzie di stampa ADN-KRONOS e Ansa alle quali siamo abbonati



I medici usano il PC per razionalizzare il lavoro

Il 71,5% dei camici bianchi utilizza il computer per compilare e consultare le cartelle cliniche e il 61,9% per registrare le prescrizioni farmacologiche. A 'resistere' alle nuove tecnologie restano i camici bianchi più anziani che usano il PC per le cartelle cliniche nel 43% dei casi e per le prescrizioni (36%). Lo rivela l'indagine del Censis-Forum per la ricerca Biomedica 'I medici e l'innovazione farmaceutica'.

Il computer e Internet sono utilizzati anche come supporto informativo al momento della diagnosi (56%), ed in questo caso sono i medici specialisti i più assidui frequentatori della rete (59% contro 55%). Circa un terzo del campione dichiara di servirsi di tecnologie informatiche per studi farmaco-epidemiologici o per partecipare a studi di questo tipo.



Sono troppo vecchi gli apparecchi diagnostici

In Italia le apparecchiature diagnostiche sono troppo vecchie. Ben il 69% delle 'macchine' radiologiche, il 48% dei sistemi per angiografia, e il 42% dei mammografi hanno più di 10 anni. E' quanto emerge dall'indagine 2004 sulle apparecchiature di diagnostica per immagini nelle strutture pubbliche italiane, promossa da Anie-Associazione Elettromedicali, in collaborazione con la Società Italiana di Radiologia Medica (Sirm) e l'Associazione Italiana Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare (Aimn).

Lo studio, è stato realizzato attraverso il censimento delle apparecchiature di diagnostica per immagini installate dalle aziende aderenti all'Anie (che coprono la quasi totalità dell'installato negli ospedali pubblici) e in uso presso tutte le Aziende Ospedaliere pubbliche (esclusi gli ospedali privati accreditati e non), le Asl, gli Irccs e i Policlinici universitari, per un totale di 872 strutture.

Dal confronto dei dati della ricerca con l'indagine svolta dal ministero della Salute nel 2000, emerge inoltre che l'età media del parco 'macchine' è progressivamente aumentata in quasi tutte le classi di apparecchiature. Ad esempio, per i mammografi, l'età media è passata da 6,4 a 8,7 anni; per l'angiografia da 5,9 a 9,5 anni.



Staminali embrionali: cresce la fiducia

I medici sono i primi ad avere grande fiducia nella ricerca biomedica e biotecnologica e nei suoi risultati, ma non incondizionata. Il 66,8% è convinto che si potrà ottenere la sconfitta delle malattie genetiche e delle altre patologie gravi, mentre solo il 21% pensa che lo sviluppo della ricerca porterà a discriminazioni sociali o non avrà effetti sul fronte terapeutico. Un atteggiamento positivo sembra abbracciare anche i temi più controversi: il 90,5% è favorevole all'uso di cellule staminali embrionali a fini terapeutici. E' quanto emerge dall'indagine condotta dal Censis e dal Forum per la ricerca biomedica. Sono stati coinvolti 1.000 medici della Penisola, per valutare il loro rapporto con l'innovazione tecnologica.

Per il 59,4% è lo Stato a dover finanziare la ricerca biomedica e per il 46,3 è sempre lo Stato ad avere il compito di incrementare il proprio impegno in questo campo, seguito dal ministero della Salute (35,3%) e dagli Istituti di ricerca pubblici (22,3%). Il 32,6% dei medici cita la destinazione dell'8 per mille per incentivare i fondi, mentre il 28,9% indica la detassazione delle donazioni dei privati.



Influenza dei polli Dal 1° marzo il vaccino

L'Italia si è assicurata una opzione sulle prime produzioni di vaccino contro il virus H5N1, la cosiddetta influenza dei polli. Lo ha spiegato il ministro della salute, Girolamo Sirchia, precisando che le prime quantità saranno già disponibili dal 1° marzo e saranno importate dall'estero. Le dosi disponibili serviranno a vaccinare il personale in prima linea, come quello sanitario qualora il livello di allarme dovesse ulteriormente salire.

< Pubblicità >

Panico e TSUNAMI

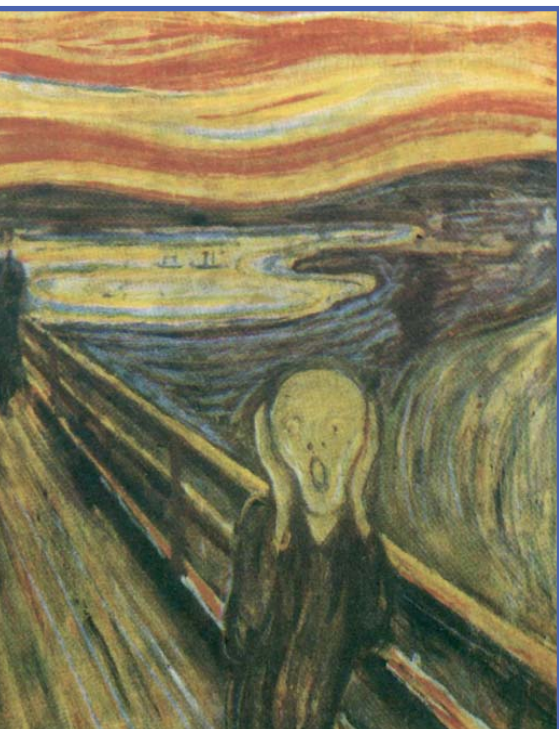
Secondo Maria Rita Parsi, psicoterapeuta della Fondazione Movimento Bambino, noi occidentali siamo, purtroppo, sempre più soggetti ad attacchi di panico, disturbi dell'umore, border line o personalità conflittuali. Queste patologie se trascurate e non curate in maniera adeguata, tramite un'efficace opera di prevenzione, sono, a detta della Parsi: "...Come lo tsunami, in quanto le crisi che spazzano via in un istante la razionalità ed il comportamento coerente di queste personalità fortemente conflittuali sono il risultato di un lento logorio che le consuma piano, piano" proprio come è avvenuto nel tempo intercorso fra la rottura della crosta terrestre ed il lento avvicinarsi verso le prime spiagge dell'onda assassina.



di Marco Vestri

Grand Prix Scientifique 2004: VINCE IL PROF. MASERI

Il 22 gennaio 2005, in occasione delle "XV Giornate europee della Società francese di cardiologia", è stato attribuito al cardiologo italiano Attilio Maseri un prestigioso ed inatteso riconoscimento: il conferimento del Grand Prix Scientifique 2004 con allegato un assegno di 500 mila euro. La Fondazione Lefoulon-Delalande ha premiato il medico italiano per l'impegno profuso nello studio delle malattie coronariche. Il Professor Maseri, direttore del dipartimento cardio-toracico-vascolare dell'Istituto S. Raffaele di Milano, impegnerà l'intera somma ricevuta per completare e coordinare i suoi studi e per finanziare il completamento del nuovo "Clinical Cardiovascular Biology Research Center". Il Professor Maseri ha ricevuto i complimenti del Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi che gli ha espresso il proprio totale compiacimento per il costante impegno scientifico.



Il malessere dei SEPARATI CON FIGLI

Un sondaggio effettuato dal Sen. A. Gentile e dal giornalista M. Campanella ha evidenziato come il 57% dei separati con figli soffre di disturbi dell'umore quali ansia, depressione e attacchi di panico.

Il momento di maggiore crisi spesso coincide con il periodo che va dal sesto al diciottesimo mese successivo alla separazione. È, quindi, necessario che il servizio pubblico favorisca specifici interventi di terapia familiare e che, soprattutto, si agevoli l'iter legislativo per la riforma sull'affidamento.

La forza della VOCE

Chi grida più forte vince! È questo il sorprendente risultato di un recente studio svizzero pubblicato sulla rivista scientifica "Nature Neuroscience". Il Prof. Didier Grandjean dell'Università di Ginevra ha dimostrato che il cervello umano tende a dare ascolto a chi parla alzando il timbro della voce. La voce adirata stimola, infatti, un numero maggiore di centri cerebrali rispetto ad una voce calma aumentando così l'attività del "solco temporale".

"Il Grido" - Edvard Munch

Mostre ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

MOSTRE

Joshua Reynolds e l'invenzione della celebrità

FERRARA – fino al 1° maggio 2005
Prima mostra dedicata in Italia a Sir Joshua Reynolds, pittore inglese del Settecento, la cui celebrità è dovuta in particolare alla straordinaria abilità con cui seppe ritrarre i più influenti protagonisti della sua epoca.
Palazzo dei Diamanti tel. 0532 209988
www.comune.fe.it

Speculum Romanae Magnificentiae. Roma nelle incisioni del Cinquecento

FIRENZE – fino al 2 maggio 2005
Visibile per la prima volta al pubblico la raccolta di incisioni cinquecentesche provenienti dalla stamperia romana di Antonio Lafrery, costituita da due sezioni dedicate alla Roma antica e alla Roma al tempo di Michelangelo.
Casa Buonarroti tel. 055 241752
www.casabuonarroti.it

Da Olimpia ad Atene (776 a.C.-2004)

MILANO – fino al 31 maggio 2005
Esposizione dedicata alla storia dei giochi delfici e dello sport nel mondo antico, dalle origini mitiche e religiose alle Olimpiadi di Atene del 2004.
Museo archeologico corso Magenta 15 tel. 02 804843

Camille Pissarro. Impressioni incise MOGLIANO VENETO (TV)

– fino al 18 maggio 2005
La mostra presenta oltre novanta opere tra le più rappresentative dell'opera grafica di Pissarro, sicuramente l'artista più prolifico nell'incisione all'acquaforte e nella litografia di tutti gli impressionisti.
Brolo Centro d'arte e cultura tel. 041 5905151

Boldini

PADOVA – fino al 29 maggio 2005
A quarant'anni dall'imponente rassegna allestita nel 1963 a Parigi e dopo la recente pubblicazione del catalogo generale dell'artista, questa mostra intende offrire un'immagine nuova e completa di uno dei maggiori pittori vissuti fra Ottocento e Novecento.
Palazzo Zabarella tel. 049 8753100

Maioliche rinascimentali dal Palazzo Ducale di Urbino

PESARO – fino al 29 maggio 2005
Evento espositivo eccezionale in quanto rende visibile al pubblico, accanto ad oggetti già esposti, una serie di maioliche inedite ritrovate in frammenti nei vari ambienti di pa-

lazzo Ducale e restaurate per l'occasione.
Musei Civici tel. 0721 387393
www.museicivicipesaro.it

Costantino il Grande. La civiltà antica al bivio tra oriente e occidente

RIMINI – fino al 4 settembre 2005
Grande esposizione dedicata all'imperatore Costantino il Grande, figura estremamente complessa e contraddittoria dell'antica Roma.
Castel Sismondo tel. 0541 783100

Il Bello e le Bestie. Meditazioni sul divenire animale

ROVERETO – fino all'8 maggio 2005
La mostra si interroga sul tema ambiguo ed misterioso del rapporto fra umano e animalesco attraverso opere che vanno dai Simbolisti ai Surrealisti, da Böcklin a Chagall e Picasso, da Savinio a Bacon, da Beuys a Matthew Barney.
Museo d'Arte Moderna e Contemporanea tel. 0464 438887

Invito a Palazzo Chigi Saracini. Le stanze e i tesori della Collezione

SIENA – fino al 15 giugno 2005
Dopo due secoli, riapre al pubblico una delle raccolte private più importanti d'Italia con oltre dodicimila pezzi riuniti dal nobile Galgano Saracini.
Palazzo Chigi Saracini tel. 055 4275315
www.chigiana.it

Guttuso

TORINO – fino al 29 maggio 2005
Mostra dedicata a Renato Guttuso con cui Palazzo Bricherasio apre la stagione 2005. Ottanta dipinti scelti selezionando i capolavori che meglio documentano i diversi momenti espressivi dell'artista.
Palazzo Bricherasio

tel. 011 5711811
www.palazzobrigherasio.it

Munch (1863 – 1944)

ROMA – fino a 19 giugno 2005
Olii e opere del grande pittore norvegese anticipatore dei temi dell'Espressionismo, artista dell'angoscia esistenziale moderna.
Complesso del Vittoriano tel. 06 6780664

Il male. Esercizi di pittura crudele. Da Sassetta a Balthus

TORINO – fino al 26 giugno 2005
Mostra curata da Vittorio Sgarbi che, attraverso notevoli esempi, cerca nella pittura le tracce, anche inconscie, di crudeltà, di sadismo, d'immagine o negativa o devastata dell'uomo.
Palazzina di Caccia di Stupinigi tel. 02 36505077

Eleganze venete. Le vesti del potere

VENEZIA – fino al 30 aprile 2005
La mostra presenta un centinaio tra capi di abbigliamento, tessuti e merletti oltre a dipinti e incisioni, tra cui alcune opere cinquecentesche capaci di documentare il fasto e il significato dei costumi dogali.
Santa Croce tel. 041 721798
www.museiciviveneziani.it

Il teatro dei corpi. Le pitture colorate d'anatomia

VENEZIA – fino all'8 maggio 2005
Dopo un radicale restauro, saranno esposte per la prima volta le grandi tavole anatomiche, dipinte a olio, ideate e fatte eseguire dal grande medico Girolamo Fabrici (1533-1619) che tenne la cattedra di anatomia all'Università di Padova per circa cinquant'anni.
Biblioteca Marciani tel. 041 2715911

Frédéric Bazille, La robe rose, particolare



Immagini di meravigliose leggende

La lebbra "santa" di Costantino

La storia in una serie di affreschi considerati uno degli esempi migliori della pittura romana del Duecento. L'imperatore e il vescovo

di **Fabio Astolfi**

In una delle passeggiate più pittoresche di Roma, quella che dalla basilica di S. Giovanni in Laterano, la prima sede dei Papi, porta al Colosseo, simbolo principe della città pagana, si incontra l'antica chiesa dedicata ai Ss. Quattro Coronati; al suo interno è conservato un ciclo di affreschi dedicato a S. Silvestro e all'imperatore Costantino, considerato dagli storici dell'arte come uno degli esempi migliori della pittura romana del Duecento. Le

immagini qui rappresentate sono frutto di leggende che, a partire dal V sec. d.C., fiorirono intorno alla vita e alle gesta di questi due importantissimi personaggi, talvolta create "ad hoc" per celebrare, come in questo caso, il potere non solo spirituale ma anche politico della Chiesa su Roma e sull'Occidente.

Storicamente sappiamo che l'ultima persecuzione di massa cristia-

na fu compiuta sotto Diocleziano, ma la storia che qui viene narrata prende spunto da un persecuzione, in realtà mai avvenuta, voluta da Costantino. Silvestro, allora vescovo della città di Roma, si vide per questo costretto a rifugiarsi con alcuni confratelli sul monte Soratte. A causa del suo comportamento, l'imperatore viene punito da Dio con la lebbra, che nella tradizione e nelle raffigurazioni sacre ben rappresenta la punizione per chi si è opposto alla fede; unico rimedio alla malattia, secondo gli indovini di corte, sarebbe stato un bagno rigenerante nel sangue di tremila fanciulli.

Così Costantino si appresta al cruento rimedio, quando lungo la strada gli si fanno incontro le madri dei bambini da sacrificare, distrutte dalla disperazione; commosso dalla loro manifestazione di dolore decide di soffrire e perire per il male incurabile senza dover per questo sacrificare la vita di innocenti. I bambini sono quindi riconsegnati alle legittime madri, e per farsi perdonare, Costantino li ricompensa con denaro e regali. La stessa notte, per il suo atto di magnanimità, gli appaiono in sogno i Santi Pietro e Paolo, allora sconosciuti all'imperatore, che gli comandano di richiamare Silvestro a Roma, perché solo lui avrebbe saputo salvarlo con un ben altro tipo di "bagno". Il mattino seguente vengono subito mandati dei cavalieri a pre-

levare dal suo rifugio Silvestro, che inizialmente crede di essere condotto al martirio. Quando invece è davanti all'imperatore, che lo accoglie come un monarca, ed ascolta tutta la sua storia, Silvestro mostra a Costantino le immagini dei due Apostoli, che l'imperatore immediatamente riconosce. Quindi il Papa comprende che solo il battesimo può liberarlo dalla lebbra, e così facendo salva miracolosamente l'imperatore dalla malattia.

Fonte principale di queste colorite leggende è, oltre che la Vita di Papa Silvestro, la Donazione di Costantino, il documento con cui nel 315 l'imperatore Costantino, in riconoscenza del miracolo ricevuto, avrebbe lasciato alla Chiesa di Roma nella figura di Papa Silvestro il dominio assoluto praticamente su tutto l'Occidente, mantenendo per se stesso Costantinopoli e l'Oriente. Il testo, ritenuto valido per tutto il Medioevo, venne riconosciuto come un clamoroso falso solo nel 1440, quando lo studioso Lorenzo Valla ne fece un'analisi critica dettagliata, riuscendo a dimostrare le varie incongruenze in esso contenute. Ad esempio osservò come il latino in cui era stato redatto il testo non era certo quello della prima metà del IV sec., ma una lingua già corrotta ed in mutazione usata diversi secoli dopo; che in quel periodo non era Papa Silvestro, ma Milziade, e che Costantinopoli non era ancora chiamata in questo modo ma conservava al tempo l'antico nome di Bisanzio.

Inoltre Costantino storicamente non si macchiò di nessuna persecuzione, e in realtà si fece battezzare solo in punto di morte dal vescovo Eusebio di Nicomedia. E' oramai accertato quindi che la Donatio fu sicuramente redatta non prima dell'VIII sec., e da quel momento venne più volte invocata dai pontefici per dimostrare la legittima discendenza del Potere Temporale direttamente dal potere dell'imperatore. □



I segni del contagio sull'Imperatore

Tesori inestimabili I tanti figli del fondo del mare

A largo di Lussino (Croazia) è stato trovato un bronzo datato III, IV secolo a. C. che una volta restaurato appare come l'ennesima meraviglia

di **Serena Bianchini**

Il ventre del mare, questo "altro" mondo sconosciuto, nasconde e conserva tesori inestimabili e solo una piccola parte di essi, fortunosamente scampata da secoli di razzie di popoli antichi, guerre e calamità naturali, solca le acque e ritorna alla storia.

Questo raro ed entusiasmante avvenimento diventa leggenda quando ad essere trovato è un bronzo antico datato tra la fine del IV° e l'inizio del III° secolo a.C., di grande manifattura greca.

Alto circa due metri raffigura un giovane atleta mentre pulisce lo strigile, uno strumento che de-

tergeva il sudore dal corpo. Venne trovato al largo dell'isola di Lussino in Croazia nel luglio del 1997 da un sommozzatore belga René Wouters durante un'immersione e recuperato nel '99. Tra quei suggestivi isolotti croati inizia così la lunga e delicata fase di restauro che si è ora compiuta, grazie all'unione delle forze tra l'Istituto croato del Restauro diretto da Ferdinand Meder, e l'Opificio delle Pietre Dure di Firenze, istituto di alta formazione nel settore, con la coordinazione di Maurizio Michelucci, direttore della sezione Archeologica dell'Opificio.

Riguardo le scoperte del restauro e la datazione dell'opera il dottor Michelucci che ha seguito fin dall'inizio tutte le fasi diagnostiche ci ha dato le opportune delucidazioni.

Il bronzo era completamente ricoperto di incrostazioni e depositi calcarei ed era appoggiato sul fianco destro che a contatto diretto con la sabbia e con la continua erosione si era assottigliato e mineralizzato, così la gamba ponderale era precaria. La testa si era staccata dal corpo per il cedimento della lega saldante ma grazie a questo il restauratore Giuliano Tordi ha potuto intervenire all'interno della statua svuotandola pazientemente, come in uno scavo

archeologico, dei depositi accumulatisi. Questi sono in realtà resti organici composti da erba, noccioli di frutta, di oliva e gusci di noce, ricoperti di piccoli intacchi che si è poi intuito essere una tana di piccoli roditori.

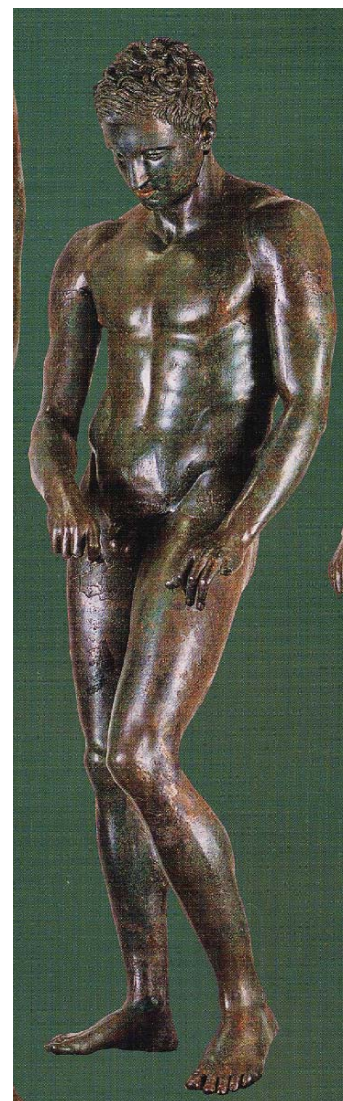
Il dottor Michelucci ci ha ricostruito, grazie a questa "scoperta nella scoperta" e all'esame del Carbonio 14, le ultime vicissitudini della statua.

Il bronzo dell'atleta in origine doveva aver fatto parte di un gymnasium, una palestra pubblica, o di un agorà; poi con la conquista romana quel sito si spopolò e venne la decadenza economica. Prima di essere trasportato in mare era abbandonato in terra, frequentato da topi e contornato da erba infestante per un lungo periodo tra il 110a.C e il 170d.C. Venne comprato da qualche ricco romano e trasportato in nave verso l'Alto Adriatico dove poi si inabissò insieme al carico che venne buttato in mare per sventare forse un naufragio.

La statua è una copia greca fusa su un modello greco e Michelucci propende nel datarlo intorno al 300 a.C., nella fine dell'età classica o all'inizio dell'Ellenismo per la ricerca del movimento nella postura quasi precaria, un grande traguardo della statuaria ellenistica che vede il suo massimo esponente Lisippo (IV sec. a.C.), colui che supera la monumentalità dell'arte classica di Policleto

(V sec. a.C.). Grazie all'attenta pulizia sul bronzo si è potuta ammirare la particolarità della capigliatura che dà l'effetto della cute sudata dopo la gara, elemento sicuramente ellenistico, visto che il "gusto classico" non avrebbe apprezzato una così grande libertà di composizione.

A Zagabria è in corso la creazione di un appoggio antisismico che gli darà la giusta postura, sperando così in una futura visita in Italia. Per approfondimenti si può consultare la rivista "Archeologia Viva", diretta da Piero Pruneti che ha illustrato con cura tutti i particolari del restauro del Bronzo. □



Anche questo mese pubblichiamo brani attinti dalle pagine dei bollettini degli Ordini. L'intento è quello di recuperare notizie interessanti di carattere generale. Vorremmo diventare un *trait-d'union* per colleghi che operano in province lontane tra di loro. Saremo orgogliosi se riusciremo a facilitare questi "incontri ravvicinati".

Bologna

Aprire la Scuola di psicoterapia junghiana "AION"

Partirà a marzo 2005 il Corso quadriennale di specializzazione post universitaria, rivolto a medici e psicologi, della Scuola di Psicoterapia Analitica "AION", la prima ad indirizzo junghiano dell'Emilia - Romagna. Il corso ha sede a Bologna, in via Palestro n. 6 e si svolge a cadenza settimanale nei week-end. La Scuola è riconosciuta dal Ministero dell'Istruzione Università e Ricerca; ha l'obiettivo di impartire agli allievi la formazione professionale adeguata allo svolgimento dell'attività psicoterapeutica, secondo l'indirizzo metodologico teorico e culturale della psicologia analitica junghiana. Come stabilito dalla legge 56 del 18 febbraio 1989, che regola l'ordinamento della professione, per poter svolgere l'attività di psicoterapeuta è necessario, oltre alla laurea in psicologia o in medicina e chirurgia, conseguire una specifica formazione professionale post universitaria. "AION" si avvale della collaborazione di docenti universitari e si fonda sul lavoro dell'Associazione di ricerca in Psicologia Analitica "ALBA", che raggruppa psicologi e medici, psicoterapeuti, che operano da oltre venti anni in diverse città italiane. La Scuola insegna le più evolute tecniche di psicoterapia e forma alla abilità terapeutica. Come le discipline di base e quelle specifiche della psicologia junghiana, "AION" presenta anche insegnamenti fondati su prospettive interdisciplinari, attualizzate ai rapporti tra arte, cinema, religione, e psicologia. Presidente del Comitato Scientifico è il Prof. Enzo Canestrari; dirige la Scuola il Dr. Angelo Gabriele Aiello, vicedirettore è di Dr. Roberto Filippini. Maggiori informazioni sulla Scuola, gli insegnamenti e gli sbocchi professionali si possono chiedere direttamente alla Segreteria di "AION".

Telefono 348-2683688 - e-mail: info@assoalba.it oppure visitando il sito internet: www.assoalba.it

Messina

Privacy, il termine prorogato al 30 giugno

(Documento programmatico della sicurezza 30.06.2003. Codice in materia di protezione dei dati personali)

Come abbiamo comunicato, inserendo un avviso dell'ultim'ora nel numero di ottobre, è stato prorogato al 30 giugno il termine per l'adeguamento alle misure minime di sicurezza: termine entro il quale, deve essere predisposto o aggiornato il documento programmatico

co delle sicurezze. La compilazione del dps riguarda tutti i medici e gli odontoiatri che trattano dati personali e sensibili dei loro assistiti, sia su supporto informatico che cartaceo.

Il documento non va inviato ad alcuna autorità ma deve essere custodito dal medico o dall'odontoiatra titolare del trattamento dei dati e predisposto entro la data indicata in quanto ne potrebbe essere richiesta l'esibizione ai sensi degli artt. 157/160 del capo del codice. Entro tale data potrebbero essere predisposti anche dei modelli, da utilizzare per la predisposizione del dps, da scaricare dal sito della Fnomceo o da quello ministeriale o da reperire presso l'Ordine se forniti in tempo utili. Da non dimenticare le pesanti sanzioni previste per gli inadempienti. In seguito il documento programmatico della sicurezza andrà rivisto entro il 31 marzo di ogni anno.

Campobasso

Le grandi figure della Medicina Molisana

Il Presidente dell'Ordine, l'amico Gennaro Barone, mi ha rivolto l'invito di curare, per il Bollettino, una rubrica dedicata al ricordo di quelle personalità molisane che hanno dato lustro in un passato remoto o prossimo alla nostra Regione.

Ho accettato di buon grado per due motivi: il primo perché ritengo oltremodo giusto ricordare ai colleghi meno giovani e far conoscere a quelli giovanissimi quelle personalità mediche molisane che, pur avendo dato molto o moltissimo alla medicina nazionale o regionale, sono affatto sconosciute alle nuove leve dei medici; i loro nomi per moltissimi, non hanno altro significato che il toponimo di una strada o di un edificio ad essi dedicati. Il secondo, perché dopo aver lasciato gli strumenti chirurgici mi sono dedicato alla storia della medicina da sempre convinto di quanto sia importante conoscere quale sia stata l'evoluzione della medicina nei secoli per comprendere appieno quella del momento e accettarne i cambiamenti che quotidianamente vengono proposti.

La rubrica è aperta alla collaborazione di tutti i colleghi. Coloro che intendono partecipare con memorie, ricordi o idee, possono contattarmi direttamente o tramite l'Ordine.

Iniziamo la rubrica ricordando uno dei più illustri e meglio conosciuti tra i medici molisani: Antonio Cardarelli, grande clinico e ineguagliabile maestro di cui stiamo cercando di far ripubblicare le "Lezioni scelte di Clinica Medica".

Grosseto

Incidenti domestici

Gli incidenti domestici configurano, una realtà ancora oggi misconosciuta. Gli eventi che comportano un trattamento in regime di ricovero ospedaliero o di emergenza urgenza nei Presidi di Pronto Soccorso locali sono fenomeni noti, rilevabili attraverso l'analisi dei dati correnti (Schede di Dimissione Ospedaliera, Registri di Pronto Soccorso) anche se, non sempre agevoli sono le fasi di raccolta ed elaborazione dati. Si tratta comunque di eventi intelligibili nell'attività clinica ordinaria. Non ci può essere analogia con gli incidenti che per loro caratteristiche (modesta gravità, dislocazione geografica) non richiedono interventi presso i Presidi territoriali di Emergenza Urgenza né prevedono un ricovero in Nosocomio, ma sono oggetto di automedicazione, consulenza del farmacista territoriale o ricadono nella sfera di competenza del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta. Questo tipo di evento, sfugge completamente a qualsiasi tipo di rilevazione censuale e rappresenta un fenomeno sommerso indicatore di situazioni virtuali di rischio che il Dipartimento della Prevenzione dell'Azienda Asl n. 9 di Grosseto si è proposto di indagare con questo studio.

Alessandria

Le donne e la professione medica

Quando mi laureai in medicina le donne medico erano rare. Erano l'eccezione che conferma la regola. Nell'ospedale di Alessandria c'erano una dottoressa nel reparto di medicina, di neurologia, di ginecologia, di anestesia: stop. Il resto uomini. Tra i medici di famiglia idem. Nel corso degli anni sempre più donne si sono iscritte a medicina ed oggi la situazione è molto cambiata. Le donne si sono sempre occupate di assistenza, ma mentre in passato potevano accedere alla professione di infermiera, oggi diventano medico sia grazie all'accesso ai livelli più alti della istruzione sia grazie a un cambiamento culturale che consente loro di poter toccare il corpo di un uomo per motivi sanitari. Alcune parti della professione, come la chirurgia, non sono ancora occupate dalle donne. Sono quelle aree nelle quali è necessario un più elevato impegno di carriera. Perché possano accedere a queste posizioni devono ancora compiersi profondi cambiamenti strutturali nelle regole della famiglia. La medicina cambia, la società, gli individui, le nostre vite mutano molto più di quanto spesso non ci riflettiamo sopra. La crescita delle donne nella professione medica testimonia di ciò.

Mauro Cappelletti

Torino

Sezione Regionale - Società Italiana Ipertensione Arteriosa Piemonte, Valle D'Aosta e Liguria

Una recente indagine epidemiologica condotta in collaborazione con le autorità sanitarie della Comunità Europea e degli USA, pubblicata su JAMA nel 2003, ha documentato una elevata prevalenza dell'ipertensione arteriosa in entrambi i continenti e particolarmente in quello europeo.

I dati relativi all'Italia indicano che il 38% della popolazione, oltre 20 milioni di persone, soffre di ipertensione arteriosa. Questo aumento della pressione arteriosa causa ogni anno 216.000 casi di ictus, 90.000 casi di infarto miocardico, 183.000 casi di scompenso cardiaco. Un costo umano ed economico enorme e non più accettabile. Un problema di salute pubblica da affrontare con urgenza ed efficacia.

Chiave di volta della situazione è che una parte rilevante dei soggetti ipertesi ignora di esserlo e che tra quelli che lo sanno molti non sono consapevoli dei rischi, né della necessità di un controllo della pressione arteriosa.

Su questa base noi della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa, in collaborazione con la Lega Italiana contro l'Ipertensione e la Croce Rossa Italiana abbiamo concordato un piano di intervento per informare e sensibilizzare la popolazione sui rischi di una condizione passibile di cura pressoché nella totalità dei casi.

La conoscenza e la comprensione del problema rappresentano il momento essenziale per la prevenzione delle complicanze cardiovascolari nel soggetto iperteso. A questo fine noi con la Lega e la CRI abbiamo promosso una "Settimana della ipertensione arteriosa" dal 22 al 27 novembre 2004 che ha interessato l'intero territorio nazionale articolata su base regionale. Per l'iniziativa è stato concesso il patrocinio di Presidenza della Repubblica, Presidenza del Consiglio dei Ministri, del Ministero della Salute e della Società Europea dell'Ipertensione Arteriosa.

Il progetto d'intervento è altamente innovativo, in grado di raggiungere un numero di cittadini molto elevato ed esteso a tutto il territorio nazionale, di grande rilevanza etica ed economica, capace di influenzare la conoscenza dei cittadini sul proprio stato di salute e caratterizzato da grande visibilità.

Conoscendo la Vostra sensibilità ed il Vostro interesse per i problemi di salute pubblica abbiamo considerato indispensabile portare a conoscenza il progetto di intervento da noi elaborato.

Prof. Franco Veglio
Coordinatore Regionale

Società Italiana Ipertensione Arteriosa
Piemonte, Valle D'Aosta e Liguria

A due americani l'ambito riconoscimento svedese

Un Nobel in premio ai perché degli odori

di *Andrea Sermonti*

Per moltissimo tempo l'olfatto è rimasto il più enigmatico dei nostri sensi e non se ne comprendevano i principi di base che consentono di riconoscere e ricordare circa 10 mila odori diversi. Richard Axel e Linda Buck, gli ultimi vincitori del Nobel per la Fisiologia e la Medicina, hanno risolto questo problema e in una serie di studi pionieristici hanno chiarito come funziona il nostro sistema olfattorio

Per moltissimo tempo l'olfatto è rimasto il più enigmatico dei nostri sensi e non se ne comprendevano i principi di base che consentono di riconoscere e ricordare circa 10 mila odori diversi. Richard Axel e Linda Buck, gli ultimi vincitori del Nobel per la Fisiologia e la Medicina, hanno risolto questo problema e in una serie di studi pionieristici hanno chiarito come funziona il nostro sistema olfattorio. Hanno scoperto una grande famiglia di geni, formata da circa 1.000 geni diversi (il tre per cento dei nostri geni) da cui origina un numero equiva-

lente di tipi di recettori olfattivi. Questi recettori si trovano sulle cellule recettrici, che occupano una piccola area nella parte superiore dell'epitelio nasale e individuano le molecole odorifere inalate. Ciascuna cellula recettrice possiede solo un tipo di recettore olfattivo, e ciascun recettore può individuare un numero limitato di sostanze odorifere. Le nostre cellule recettrici sono pertanto altamente specializzate per alcuni odori. Le cellule inviano sottili processi nervosi direttamente a micro domini distinti, i glomeruli, situati nel bulbo olfattivo, la principale

AD OGNI SPECIE IL SUO OLFATTO

Tutti gli organismi viventi sono in grado di avvertire e individuare la presenza di sostanze chimiche nel loro ambiente. Essere in grado di individuare cibo commestibile ed evitare alimenti che sono andati a male o sono inadatti è ovviamente di grande importanza ai fini della sopravvivenza. Se i pesci hanno un numero relativamente piccolo di recettori olfattivi, circa cento, i topi – la specie studiata da Axel e Buck – ne hanno circa mille. Gli esseri umani ne hanno un numero un po' inferiore rispetto a quello dei topi; una parte dei geni è andata forse persa durante l'evoluzione della specie. L'olfatto è assolutamente essenziale per un cucciolo di mammifero appena nato poiché gli consente di trovare le mammelle della mamma e succhiare il latte, senza olfatto il cucciolo non sopravvive senza aiuto. L'olfatto è anche di primaria importanza per molti animali adulti in quanto consente loro di osservare ed interpretare il loro ambiente. Ad esempio, l'area dell'epitelio olfattivo nei cani è circa quaranta volte superiore a quella degli esseri umani.

area deputata all'olfatto nel cervello. Le cellule recettrici che trasportano lo stesso tipo di recettore inviano i loro processi nervosi allo stesso glomerulo. Da questi micro-domini nel bulbo olfattivo, l'informazione viene trasferita in altre parti del cervello, dove le informazioni inviate da diversi recettori olfattivi vengono combinate, formando un motivo. Pertanto, noi siamo in grado di fare l'esperienza conscia del profumo di un fiore di lillà in primavera e poi ricordare in

un altro momento questo profumo attingendo alla nostra memoria olfattiva. Richard Axel e Linda Buck hanno pubblicato assieme uno studio fondamentale nel 1991, in cui hanno descritto la grandissima famiglia composta da circa mille geni dei recettori olfattivi. Da allora hanno lavorato in modo indipendente l'uno dall'altro, e hanno chiarito in diversi studi eleganti, spesso paralleli, il sistema olfattorio, dal livello molecolare all'organizzazione delle cellule. □

COME RICONOSCERE 10 MILA ODORI DIVERSI

Il gruppo di ricerca di Buck ha esaminato la sensibilità delle singole cellule recettrici a sostanze odorifere specifiche. Utilizzando una pipetta, hanno svuotato il contenuto di ciascuna cellula e hanno dimostrato esattamente quale gene del recettore olfattivo era espresso in quella cellula. In questo modo, hanno potuto correlare la risposta a una molecola odorifera specifica al tipo particolare di recettore trasportato da quella cellula. La maggior parte degli odori è composta da più molecole odorifere, e ciascuna di queste molecole attiva diversi recettori olfattivi. Questo porta ad un codice combinatorio che forma un 'motivo olfattivo' – qualcosa di simile ai colori in una coperta patchwork o in un mosaico – alla base della nostra capacità di riconoscere e formare la memoria di circa 10.000 odori differenti.

I vincitori del 'Premi Nobel 2004' per la medicina



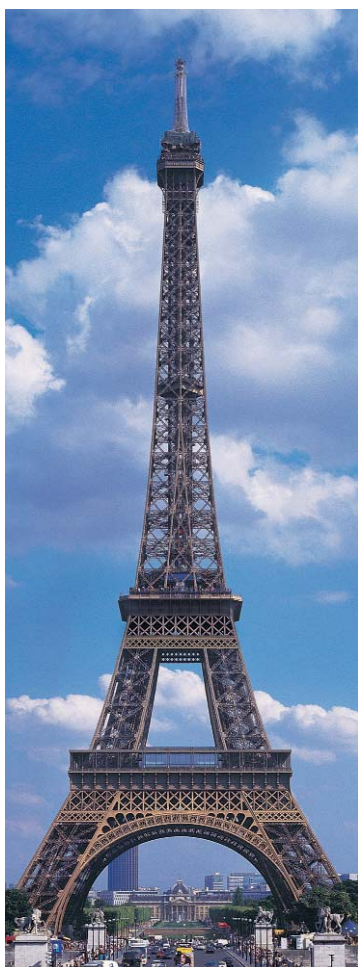
Richard Axel, M.D. nato il 2 luglio 1946 a New York, è Professore di Biochimica & Biofisica Molecolare e di Patologia presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia della Columbia University. Si è diplomato al Columbia College e si è poi laureato in Medicina alla Johns Hopkins University School of Medicine. Membro della National Academy of Sciences, dell'American Philosophical Society, e della American Academy of Arts and Sciences



Linda B. Buck, nata il 29 gennaio, 1947 a Seattle, è entrata a far parte del Fred Hutchinson Cancer Research Center nel 2002 dopo 11 anni trascorsi come membro di facoltà della Harvard Medical School. E' membro della National Academy of Sciences, è una ricercatrice del Howard Hughes Medical Institute.

< Pubblicità >

< Pubblicità >



Dopo l'istituzione dell'assistenza sanitaria universale, disciplinata dalla legge del 28 luglio 1999, che portava effettivamente a termine un lungo processo (avviato in seguito alla liberazione dall'occupazione nazista) di sistemazione della sanità in ambito statale, l'attuale governo francese ha da poco approvato una riforma che apporta modifiche sostanziali al sistema sanitario nazionale. L'insieme di tali modifiche avvicina sensibilmente il sistema d'Oltralpe a quello italiano, rispondendo innanzitutto, come fu per il nostro d.lgs. 502 del 1992, all'urgenza di adeguare ogni settore di competenza dello Stato ad esigenze di bilancio sempre più pressanti. In effetti, la sanità pubblica francese è stata fin qui estremamente dispendiosa per lo Stato (più di 90 miliardi di euro calcolati per il solo 2001), soprattutto a causa di abusi prevedibili ma non facilmente control-

Un servizio troppo dispendioso

Anche la Francia modifica il suo sistema sanitario

I "cugini" d'Oltralpe sembra vogliano copiarci elevandoci a modello. Una serie di iniziative nel tentativo di evitare il tracollo. Parametri, cifre, esigenze economiche e necessità di gestione più oculata

di Sara Mero

labili (frequentissimi i casi di persone ingiustificatamente assenti dal posto di lavoro, e che pure hanno percepito le cosiddette "indennità giornaliere" erogate dall'Assistenza sanitaria, pari ad una parte del guadagno medio giornaliero e maggiorate in funzione del numero di figli a carico).

Di qui la necessità di risanare il sistema sanitario pubblico, il cui disavanzo è vertiginosamente aumentato col passare degli anni: una breve ma approfondita analisi dei cambiamenti apportati dalla legge permetterà di chiarire con quali modalità e in quale misura la riforma recentemente approvata abbia preso a modello la sanità italiana. "Curare meglio spendendo meglio" è il vero e proprio slogan della citata riforma, che pure si ripromette di salvaguardare e perfino consolidare i principi che da sempre sono alla base dello stato sociale francese: l'uguaglianza dell'accesso alle cure mediche, garantita a tutti i residenti sul suolo nazionale; la qualità delle prestazioni; infine, la solidarietà reciproca, secondo cui ciascuno deve contribuire in base ai suoi mezzi e ricevere in funzione dei suoi bisogni.

Il ruolo dello Stato centrale resta sostanzialmente invariato: esso è il garante dei principi fondamentali del sistema sanitario, fissandone gli obiettivi capitali e irrinunciabili. Quanto all'Assisten-

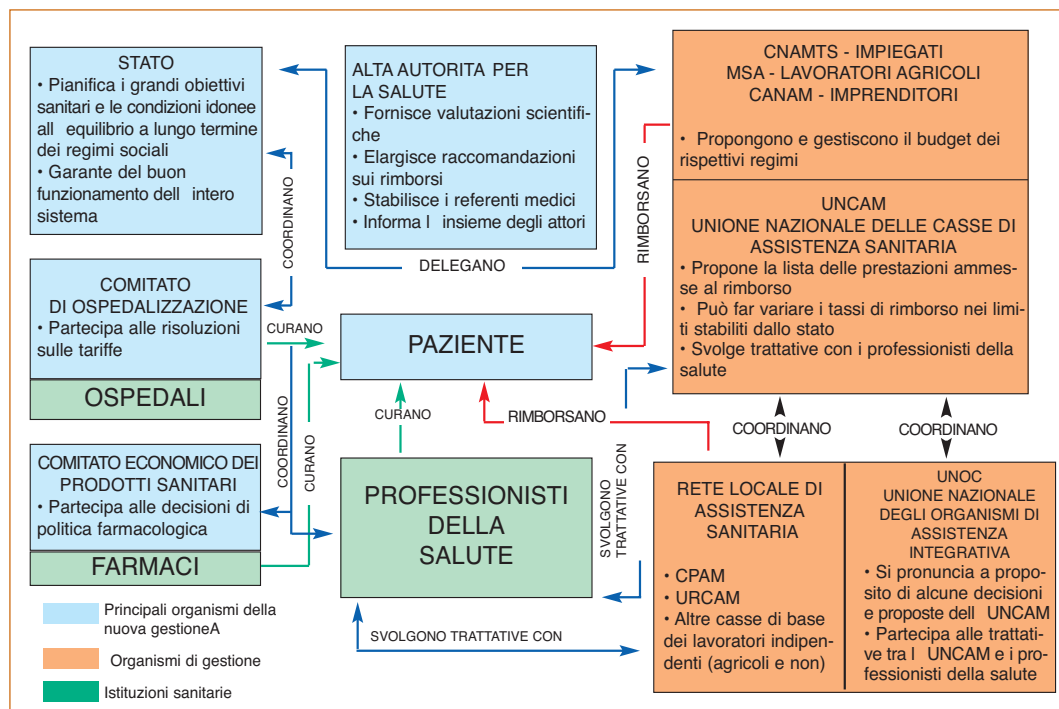
za sanitaria (Assurance maladie), le sue competenze vengono estese alla definizione, di concerto con i professionisti della salute e gli organismi di assistenza integrativa facoltativa, delle politiche ospedaliere e dei farmaci; parimenti, essa vedrà accresciuti i suoi poteri di intervento nell'ambito delle cure ambulatoriali. Le tre principali casse dell'Assistenza sanitaria (impiegati, lavoratori agricoli e imprenditori) sono riunite sotto l'egida di un solo organismo, l'UNCAM, che, oltre a condurre le trattative con i professionisti della salute, ha il compito di proporre la lista delle prestazioni ammesse al rimborso e di quest'ultimo può far variare i tassi, naturalmente entro i limiti stabiliti dallo Stato. Infine, la riforma ha dato vita alla cosiddetta Alta Autorità per la Salute (Haute Autorité de Santé), istituzione pubblica indipendente a carattere scientifico e dotata di personalità morale, incaricata di valutare l'utilità dell'insieme delle prestazioni rimborsate dall'Assistenza sanitaria e di promuovere la qualità del sistema stesso.

Come far sì che tali modifiche permettano allo Stato francese l'auspicato risparmio di 15 miliardi di euro? Semplicemente intervenendo in modo massiccio non solo sugli organi di gestione della sanità, ma anche e soprattutto sul suo reale e quotidiano funzionamento; ed è a questo

stadio che emergono le somiglianze maggiori con il sistema in vigore in Italia. La riforma ha infatti introdotto, alla data del 1 gennaio scorso, la figura del nostro medico di base (*médecin traitant*), che tutti i francesi dovranno ufficialmente identificare come tale entro e non oltre la scadenza fissata al 1 luglio prossimo. Se prima era dunque possibile rivolgersi liberamente ad uno specialista e, si badi, essere parzialmente rimborsati delle spese sostenute, da oggi in poi sarà obbligatorio consultare in primo luogo il proprio medico di base, pena l'esclusione dal suddetto rimborso (sole eccezioni ammesse sono i casi d'urgenza o di concreto impedimento geografico). Inoltre, al fine dichiarato di responsabilizzare il paziente, quest'ultimo si farà carico, per ogni consultazione di qualsiasi natura, del pagamento di un euro, equivalente del nostro ticket (ne sono dispensati i minori, le donne incinte di più di sei mesi o puerpere così come i beneficiari della "Assistenza Sanitaria Universale Integrativa", questi ultimi rappresentando il 10% della popolazione). Il contributo giornaliero (13 euro) che, in caso di ricovero ospedaliero, il paziente versava già in precedenza è destinato a crescere annualmente di un euro, fino a stabilizzarsi a quota 16 euro nel 2007. Nelle previsioni del governo, l'introduzione di un nuovo strumento, il DMP (Dossier Medico Personale), il cui impiego dovrebbe essere generalizzato a tutta la Francia entro la metà del 2007, permetterà un'economia di risorse stimata intorno ai 3,5 miliardi di euro: vera e propria "banca dati" contenente l'anamnesi del paziente, il DMP favorirà procedure di intervento sanitario più mirate, limitando così le spese superflue. Se poi anche lo Stato e le imprese sono fin d'ora coinvolti nel risanamento economico della sanità, il primo contribuendo con il versamento di 1 miliardo di euro ottenuto dai diritti sulla vendita del tabacco, le seconde vedendo maggiorato dello 0,03% il già esistente "contributo sociale di solidarietà del-

le imprese" (in sigla, C3S); d'altra parte gli abusi di cui si è detto più sopra non sono più tollerati, se è vero che il governo stima ricavare circa 800 milioni di euro proprio dal potenziamento dei controlli in caso di malattia. Nondimeno, è stato previsto un piano di modernizzazione della gestione degli ospedali, soprattutto per quanto concerne la politica di acquisto da parte degli ospedali stessi – per il momento i dettagli di tale misura non sono stati resi noti, ma il risparmio atteso si aggira intorno alla cifra di 1,6 miliardi di euro. Infine, e ancora come da noi, la riforma intende promuovere l'uso dei farmaci generici ⁽¹⁾, al fine di conciliare le esigenze di economia con l'imprescindibile valorizzazione della ricerca e dell'innovazione.

oltre a realizzare la tanto auspicata unificazione dei diversi regimi di assistenza sociale, il sistema sanitario francese post riforma, guardando con indubbia attenzione al corrispettivo italiano, anela ad una gestione più oculata delle proprie risorse, a ciò indotto dal generale processo di "mercantilizzazione" che da tempo investe l'intera vita sociale di ogni paese globalizzato o in via di globalizzazione. Il rischio maggiore di questa svolta è il medesimo che abbiamo visto concretizzarsi nel nostro paese: quello di una sanità a due livelli, l'uno comprendente la grande massa della popolazione, costretta per mancanza di mezzi ad adattarsi ai tempi e ai modi del pubblico, l'altro riservato a quei pochi che, al contrario, possono permettersi passerelle privilegiate



Facendo leva sulla bioequivalenza dei generici rispetto alla specialità registrata, il governo mira ad autorizzarne una più rapida messa sul mercato, ad incentivarne la vendita grazie all'abbattimento dei prezzi e ad incoraggiare i farmacisti a distribuirli. In tempo per il 2007, l'insieme di questi interventi dovrebbe far rientrare, annualmente, più di 1 miliardo di euro nelle casse dell'Assistenza sanitaria. Come si evince da quanto detto,

verso una sanità giocoforza di più alta qualità e maggiore accuratezza. A quando la venuta di una forma mentis che imponga l'esigenza di garantire, se non a tutti, alla maggioranza della popolazione mondiale, un'ottima qualità della vita? □

(1) È noto che in Italia le Regioni erogano incentivi ai medici di base che prescrivono ai loro assistiti gli ormai celebri generici. Ora, in Francia ciò non è previsto, o per lo meno la legge non esplicita l'intenzione di prendere provvedimenti in tal senso.

Panorami mozzafiato

di Mauro Subrizi

Il turista in Brasile, sia che si trovi in città o che lasci i centri abitati, può godere di spettacoli della natura unici al mondo. A Rio una visione sbalorditiva e le emozionanti cascate di Iguacu al confine con l'Argentina ed il Paraguay

FOZ DO IGUACU

Se il primo impatto con il Brasile avviene – come è stato per me – con la scoperta delle cascate di Iguacu, allora la frase “l'emozione che si prova lascia letteralmente senza fiato”, perde tutta la sua banalità.

Nello Stato di Paraná, in quel triangolo di confine tra l'Argentina ed il Paraguay, si svela uno degli spettacoli più emozionanti del mondo: le Cascate di Iguacu (grandi acque in lingua Tupi). Qui la natura si scatena in un trionfo di violenza e furia senza uguali. La grandiosa massa d'acqua che precipita fa apparire serene e quiete le cascate del Niagara. L'ansa che il fiume Iguacu compie nel suo ultimo tratto prima di immettersi nel Rio Paraná è lo spalto dal quale si gettano, da un'altezza che raggiunge gli 80 metri sulle rocce sottostanti 275 cascate che nella stagione delle piogge possono diventare più di 350. Non impressiona tanto l'altezza ma la potenza e l'ambiente nel quale le cascate si trovano. Il visitatore viene accerchiato dalla massa d'acqua che avanza e che sbucca fuori da ogni angolo, saltando con fragore nel baratro.

Le Cascate di Iguacu sono famose per essere state lo sfondo del film del 1986 *The mission*, di Roland Joffe, con Robert De Niro e Jeremy Irons.

Nonostante il settore brasiliano sia quello di minori dimensioni, la vista sul tumultuoso basso corso del Rio Iguacu fino al precipitare infuriato delle cascate nell'abisso non ha paragoni. Il parco nazionale brasiliano con i suoi 1550 Km di foresta pluviale è più grande di quello argentino. Raggiungerete a piedi la torretta di osservazione nei pressi delle cascate Floriano, quindi proseguite per quelle di Santa Maria. La passerella consente un colpo d'occhio scenografico della Garganta do Diabolo (Gola del Diavolo)



Il “Cristo Redentore” sul Pan di Zucchero

RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro è una città stupenda, ma sino a pochi anni fa era oramai abbandonata a se stessa, sporca. Invasa da migliaia di bancarelle che vendevano poveri stracci, congestionata da un traffico micidiale, resa pericolosa dalla malavita, organizzata dai capi delle favelas e favorita da forze dell'ordine a dir poco distratte.

Ma per festeggiare i 500 anni della scoperta del Brasile e per risollevarsi dal degrado, Rio si è sottoposta ad un restauro totale iniziato alcuni anni fa ed è tornata a fare onore allo slogan con cui è nota in tutto il mondo: Cidade Maravilhosa. Chi vi arriva oggi dopo anni di assenza non crede ai propri occhi: strade e giardini rinati, dove sono stati ripiantati alberi e fiori; le macchine e gli ambulanti sono spariti da tutti i marciapiedi; il traffico è più fluido ed ordinato e la sicurezza è garantita a livelli accettabili, soprattutto nelle zone ad alta intensità turistica.

Sette milioni di cariocas, così si chiamano i suoi abitanti, vivono ammassati sullo sfondo di uno dei più bei panorami del mondo, tra l'oceano e la scarpata dell'altopiano. Proprio per questo motivo Rio è uno dei luoghi più densamente popolati del pianeta.

Un terzo degli abitanti della città vive nelle favelas (baraccopoli) che ricoprono molti dei suoi colli, i poveri non hanno né medici, né scuole e non lavorano. La tossicodipendenza e la violenza sono croniche, e le brutalità della polizia sono all'ordine del giorno. Ciò nonostante, a Rio tutto termina a ritmo di samba: il lavoro, le partite di calcio, i matrimoni, le manifestazioni politiche e le giornate trascorse in spiaggia. Nella Cidade Maravilhosa imperano una gioia di vivere e un amore per la musica che sembrano distinguere i Cariocas dal resto del genere umano. Per chi proviene dal razionalismo del mondo occidentale, questa combinazione si rivela spesso una droga potente. La sensualità del Carnevale è la più nota espressione di questo spirito.

Rio è suddivisa in una zona nord ed in una zona



Rio de Janeiro: Plaja Vermelha

sud dalla Serra de Carioca, una ripida catena montuosa che fa parte del Parque Nacional da Tijuca. I rilievi della catena degradano sino al limite del centro cittadino, dove appunto si incontrano la zona meridionale e quella settentrionale. La cima del Corcovado, uno di questi picchi, rappresenta una opportunità eccellente per familiarizzare con la topografia cittadina, in quanto da lassù si gode la vista di entrambe le zone. In cima alla vetta, la statua del Cristo Redentor fissa a braccia aperte la Bahia da Guanabara ed il Pan di Zuc-

chero, uno dei luoghi più simbolici di Rio: con il braccio sinistro la statua indica la zona nord, mentre il destro è puntato in direzione dei sobborghi di Copacabana e Ipanema.

La storia di Rio è quella di due città ben distinte: le classi ricche risiedono nella zona sud e quelle più modeste nelle zona nord. Le ripide pendici delle colline sono ricoperte di favelas su entrambe i lati della città, tanto che Rocinha, la più vasta favela del Brasile, che conta circa 300.000 abitanti, si trova accanto ad uno dei quartieri più ricchi di Rio. □

Qualche informazione per il viaggiatore

I cittadini italiani che desiderano entrare in Brasile a scopo turistico non necessitano di visto d'ingresso se la durata del soggiorno è inferiore a 3 mesi.

Esistono quattro fusi orari che vanno da -3 a -6. Da aggiungere 1 ora in più quando in Italia è in vigore l'ora legale.

Agli Italiani non sono richieste vaccinazioni obbligatorie.

L'unità monetaria locale è il Real diviso in 100 centavos. L'Euro vale attualmente circa 3,5 reals. In questo momento il cambio è particolarmente favorevole per gli italiani visto il rapporto Euro - Dollaro.

Non bere acqua non imbottigliata o be-

vande che contengano ghiaccio.

Ricordando che la maggior parte dei brasiliani sono poveri, vi consigliamo di porvi il problema della sicurezza: usate soprattutto il buon senso cercando di ridurre al minimo gli elementi che vi rendono vulnerabili. Non portate in vacanza gioielli, e l'orologio non sia di valore. Usate un abbigliamento semplice. Fate le fotocopie del passaporto e l'originale, insieme alle cose di valore e al denaro non immediatamente necessario, lasciatelo nella cassaforte dell'albergo. Non mostrate grosse somme di denaro. E' indispensabile un'assicurazione di viaggio.

Per i viaggiatori muniti di Euro il costo della vita in Brasile è molto basso. Il con-

to di un buon ristorante è difficile che superi i 15/20 Euro, e quello di una notte in albergo il doppio. Una corsa media in taxi è sui 3 Euro ed ancor meno spenderete per entrare in un museo.

A Foz de Iguaçu vi consiglio di andare a mangiare a Bufalo Branco; una graziosa churrascaria a Rua Rebouças, 530. A Rio de Janeiro Marius viene considerato il miglior ristorante della città. In realtà i ristoranti sono due: uno specializzato in pesce e l'altro in carne. Tutti e due si trovano a Copacabana, ad Avenida Atlantica 290A e 290B.

Sempre a Rio è il caso di assaggiare il piatto tipico carioca alla Casa da fejoada, a Ipanema in Rue Prudente de Moraes, 10B.

Tra le maggiori scoperte fatte negli ultimi tempi dall'intelligenza umana, a mio parere, l'arte di giudicare i libri senza averli letti.

Lichtenberg: "Osservazioni e pensieri"

Marzo e le sue storie

14 marzo 1905

I risultati della ricerca sulla teoria della relatività vengono presentati in Germania da Albert Einstein.

21 marzo 1909

A Berlino si conclude la prima Sei Giorni di ciclismo d'Europa. La vittoria arride agli americani Jimmy Moran e Floyd MacFarland.

3 marzo 1910

Con lo scopo di promuovere la scienza viene costituita a New York la fondazione Rockefeller.

29 marzo 1912

Fatale il Polo sud per l'esploratore Robert Falcon Scott che perde la vita con il suo equipaggio.

18 marzo 1913

Successione in Grecia: a Giorgio I, ucciso a Salonico, subentra il figlio Costantino.

31 marzo 1917

Emil von Behring, il batteriologo premio Nobel per le scoperte in campo batteriologico e immunologico, muore a Marburg, in Germania.

12 marzo 1925

Il primo presidente della Repubblica cinese, Sun Yat-sen, muore a Pechino. Gli succederà Chiang Kai-shek.

16 marzo 1926

Il primo razzo a propellente liquido viene sperimentato negli Stati Uniti: raggiunge un'altezza di circa 12 metri. Responsabile del progetto è il fisico Robert H. Goddard.

29 marzo 1927

Negli Stati Uniti nuovo record del mondo di velocità per un'automobile.

bile. Lo stabilisce Henry Segrave guidando una Sunbeam a 327,959 chilometri orari.

19 marzo 1940

Nel tennis Francesco Romanoni viene battuto da Gottfried von Kramm che si aggiudica il torneo di Sanremo.

2 marzo 1945

E' la prima, in Francia, per il film capolavoro di Marcel Carné "Amanti perduti".

2 marzo 1949

Un Boeing B 50 gira per la prima volta intorno alla terra senza scalo. Impiega 94 ore.

21 marzo 1951

La Parigi-Roubaix viene vinta da Antonio Bevilacqua.

27 marzo 1952

In America va in scena la prima del famoso musical "Cantando sotto la pioggia" interpretato da Gene Kelly.

5 marzo 1953

Muore a Mosca Josif V. Stalin.

26 marzo 1953

Un nuovo vaccino contro la poliomielite viene presentato dal batteriologo Jonas Salk a Londra.

29 marzo 1954

Pubblicato "Il signore degli anelli", di John Ronald Tolkien.

6 marzo 1957

In Africa il Ghana diviene indipendente dalla Gran Bretagna.

29 marzo 1959

Successione negli Stati Uniti per la commedia "A qualcuno piace caldo", con Marilyn Monroe e Tony Curtis. Il regista è Billy Wilder.

2 marzo 1972

La sonda americana Pioneer viene lanciata nello spazio.

24 marzo 1983

Il primo uomo con un cuore artificiale muore a Salt Lake City, negli Stati Uniti, 112 giorni dopo il trapianto.





Farmaci scaduti

Recenti ispezioni in ambulatori medici col ritrovamento di farmaci scaduti e conseguente denuncia penale, ripropongono la problematica e soprattutto una segnalazione ai medici per una maggior attenzione nella conservazione, nei loro studi, dei farmaci, ivi compresi i campioni dei medicinali.

Va ricordato che l'articolo 173 del Testo Unico delle leggi sanitarie ha stabilito che le specialità medicinali per le quali è scaduto il termine di validità sono considerate guaste e imperfette. Inoltre il codice penale all'articolo 443 riguardante il commercio o la somministrazione di medicinali guasti o imperfetti è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa non inferiore a lire duecentomila, mentre all'articolo 452 si prevede una riduzione di pena per i delitti contro la salute pubblica, quando il fatto sia commesso per colpa. Anche se la legge parla di "somministrazione" (tra-

lasciamo il commercio perché per legge il medico non può vendere farmaci) è tuttavia bene evitare di detenere medicinali scaduti compresi gli stessi campioni dati dagli informatori al fine di far conoscere le caratteristiche del medicamento e la relativa preparazione nella sua veste prescrittiva. Pertanto conviene fare periodiche cernite e i farmaci in scadenza separarli mettendoli in contenitori con la chiara scritta "farmaci scaduti o in scadenza da smaltire" e, periodicamente, portarli negli appositi raccoglitori che in genere sono anche posti nelle farmacie.

Inoltre va posta attenzione anche al modo di conservazione, se cioè va conservato in cella frigorifera.

Da ultimo, ricordiamo che la VI sezione del Consiglio di Stato, con la sentenza 951 del 28 novembre 1992, ha ripristinato il testo integrale del decreto ministeriale 25 maggio 1989 e dei suoi allegati. In base a tale norma i farmaci scaduti sono rifiuti assimilabili a quelli urbani, per cui la legge (allegato 2 del decreto ministeriale del 25 maggio 1989) impone lo smaltimento tramite termodistruzione. Possono quindi essere conferiti agli impianti di incenerimento dei rifiuti urbani, previa raccolta differenziata. Non vanno effettuati gli adempimenti richiesti per i rifiuti speciali, quali l'annotazione sul registro di carico e scarico e la denuncia annuale per il catasto rifiuti.

m. p. e.

Federazione Italiana Malattie Apparato Digerente
Congresso Nazionale
delle Malattie Digestive

Genova, 12-16 marzo

Sede del Congresso: Magazzini del Cotone Area Porto Antico

Presidente del Congresso: Maria Caterina Parodi

Lettura inaugurale dello storico Arrigo Petacco: I Genovesi alla battaglia di Lepanto

Comitato Organizzatore Locale: Presidente Paolo Michetti

Comitato Scientifico: Presidente Vincenzo Savarino

Il Congresso Nazionale annuale rappresenta l'appuntamento più significativo dell'attività della Gastroenterologia italiana, nelle sue diverse espressioni, AIGO, SIED e SIGE. Nell'ambito del Congresso l'occasione di confronto e scambio tra i delegati provenienti da tutte le regioni d'Italia consentirà, nel segno della continuità con le passate edizioni, di realizzare, anche a Genova, un imprescindibile "momento" di sintesi e di unione di tutte le professionalità presenti sul territorio nazionale.

E.C.M.

In osservanza della vigente normativa in materia di educazione continua in medicina, la domanda di accreditamento del Congresso verrà inoltrata alla Commissione E.C.M. del Ministero della Salute dalla Federazione Nazionale Malattie Apparato Digerente per l'intera manifestazione.

Informazioni

Segreteria Organizzativa: SC Studio Congressi srl Via F. Ferrara, 40 - 00191 - Roma
 tel.: 06-3290250 - fax: 06-36306897 - e-mail: sc@scstudiocongressi.it - www.scstudiocongressi.it

Top Congress - P.R. srl - P.za G. Alessi, 2/1 - 16128 Genova

Tel. 010-589753 Fax 010-532858 - e-mail: topcong@tin.it - www.topcongresspr.it

Il Congresso on-line

Tutti gli aggiornamenti sul programma scientifico saranno disponibili sul sito www.fimad.net

.....

Privacy in medicina
applicazioni e complicazioni

2 aprile, Istituto Suore Orsoline San Carlo - Viale Majno, 39 - Milano

Coordinatore e moderatore: prof. Marco Perelli Ercolini

Argomenti:

Il medico tra segreto professionale e privacy - prof. Marco Perelli Ercolini

La privacy nel futuro Codice Deontologico - dott. Giacinto Valerio Brucoli

Problemi etici e legge sulla privacy - prof. Massimo Malcovati

Con l'informatica c'è privacy? - dott. Andrea Rustici

Tavola rotonda: La privacy vista dal medico di famiglia, dal direttore di strutture (private e pubbliche), dal libero professionista e dal legale.

Partecipanti: dott. Giuseppe Messina, dott. Roberto Stella, dott.ssa Romana Zappieri, Avv. Renato Mantovani

Compilazione scheda di valutazione e di verifica

Informazioni: info@omceomi.it

AVVISO PER I MEDICI E LE SEGRETERIE ORGANIZZATIVE

Le notizie inerenti congressi, convegni, corsi e manifestazioni scientifiche, devono essere rese note alla redazione del giornale dell'Enpam - oltre tre mesi prima dell'evento - tramite posta all'indirizzo Via Torino, 38 - 00184 Roma; via e-mail all'indirizzo congressi@enpam.it; via fax ai numeri 06/48294260 - 06/48294793. Per esigenze tipografiche si invita a trasmettere testi sintetizzati in circa dieci righe. Si ribadisce che la pubblicazione degli avvisi è gratuita.

< Pubblicità >

Ettore Majorana Foundation and Centre for Scientific Culture
Scuola superiore di epidemiologia e medicina preventiva

Legionellosi

Erice (Trapani) 6 – 9 Aprile

Direttore: Prof. Paola Borella

Sono stati richiesti i crediti formativi ECM per medici, biologi e tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro.

Informazioni: www.legionellaonline.it e-mail: borella.paola@unimore.it

Società italiana geriatri ospedalieri - Società italiana studio arteriosclerosi
Associazione interdisciplinare malattie apparato respiratorio
Fondazione Università G. D'annunzio Chieti

Malattie polmonari dell'anziano

Loreto Aprutino (Pescara)- Hotel Castello Chiola 1-2 Aprile

Presidente del congresso: dott. Carlo D'Angelo

Il congresso è articolato in tre sessioni a cura della SIGOs, una lettura magistrale a cura dell'AIMAR ed un simposio satellitare a cura della SISA ed affronta argomenti di clinica, diagnostica e terapia delle principali affezioni polmonari dell'anziano. È stata avviata presso il Ministero della Salute la procedura prevista per l'attribuzione dei crediti formativi.

Informazioni Segreteria scientifica: Dott. Carlo D'Angelo- U.O. Geriatria Ospedale Penne(PE)
 tel. 085 8276223 - fax 085 4154560- Cell. 335 371232 - email: carlodangelo@katamail.com - sito web: www.sigos.it

Segreteria organizzativa Dott. Antonio Procaccini Fondazione Università D'Annunzio- Palazzo dei Baroni-Torrevicchia
 Teatina(CH) tel 0871 360361
 fax 0871 361508 Email: a.procaccini@unich.it sitoweb: www.unich.it

Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri di Padova

Previdenza: patto tra generazioni

PADOVA - 12 MARZO - Centro Congressi Papa Lucani, Via Forcellini 170/A

Presidenza del convegno: Maurizio Benato

Argomenti

Il futuro dei giovanissimi a garanzia dei meno giovani - Eolo PARODI

Solidarietà e sostenibilità: il futuro dell'Onaosi - Aristide PACI

Enpam: Statuto, Organizzazione, Funzioni - Angelo PIZZINI

Quota A e Quota B: il nuovo regolamento - Giovanni Pietro MALAGNINO

Riscatti di allineamento Fondo Generale e Fondi Speciali - Ignazio BASILE, Giuseppe GRECO

Indennità di invalidità temporanea - gravidanza - assistenza dopo i 24 mesi - Alberto OLIVETI

Inpdap - Convengono ancora i riscatti? Una scelta difficile:

trattamento di fine rapporto o Fondi pensione? - Marco Perelli ERCOLINI

E' stata inoltrata al ministero della Salute la richiesta di riconoscimento dell'iniziativa nell'ambito del progetto di Educazione Continua in Medicina

INFORMAZIONI

Segreteria organizzativa:

Rita Schiavon - Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri di Padova - Via San Prosdocimo, 6/8 - 35139 Padova
 Tel. 049-8718811 - Fax 049-8721355 email: info@omco.pd.it

Scuola Italiana di Senologia

Carcinoma Mammario

Vicenza, 15 aprile - Palazzo Bonin-Longare Corso Palladio, 13

Coordinatori: Luca Rotunno, Claudio Andreoli
 Convegno con accreditamento ECM

Informazioni: Tel. 02-43319174 fax 02-43319186

L'internista e le controversie in epatologia

9-10 aprile, Hotel Club "Le Castella" - Isola Capo Rizzato (KR)

Direttore del corso: Dott. G. F. Mauro
9 aprile: I sessione: Epatite virale tipo B
10 aprile: II sessione: Epatite virale di tipo C; III sessione: Sindrome Metabolica e malattia epatica; IV sessione: Problemi ematologici in corso di epatiti virali croniche; V sessione: Disturbi psichiatrici nelle epatiti virali
 VI sessione: Diagnosi e terapia dell'epatocarcinoma

Informazioni Segreteria scientifica: Dott.ssa M. Ferraro, Dott. G.F. Mauro, dott. A. Galdieri
 tel. e fax: 0984-979269; cell. 333/2412197; e-mail: maria.ferraro9@tin.it;

.....
Società Italiana di Mesoterapia

"L'intradermoterapia (mesoterapia)"

Milano, 2 aprile, Starhotel Business Palace - Via Gaggia, 3 - 20139 Milano

E.C.M. Corsi in fase di accreditamento Ministero della Salute

Informazioni: AGORA' Via Valpetrosa, 3/5 - 20123 Milano
 tel. 02/8645.3780 (r.a.) fax: 02/8645.3792 - sito web: <http://www.medestetica.com>

.....
Istituto Ortopedico Galeazzi - Società Italiana di Medicina e Chirurgia del piede e della caviglia

I Tumori Ossei e delle parti molli

Milano, 11 marzo

Sede: Aula Magna, Istituto Ortopedico Galeazzi Via R. Galeazzi, 4 - Milano

Presidente: prof. Francesco Malerba

ECM: È stato richiesto, al Ministero della Salute l'accREDITAMENTO Ecm per Medici Chirurghi Ortopedici, Anatomopatologi e Radiologi

Informazioni Segreteria organizzativa: KEYWORD Europa Via Benvenuto Cellini, 4 20129 - Milano
 tel. 02-54122513 - fax 02-54124871 - e-mail: keyword1@mdsnet.it - www.keyword-europa.it

Neoplasia del tratto gastrointestinale

Bergamo, 14-15 aprile - Centro Congressi Giovanni XXIII, V.le Papa Giovanni XXIII 106

Direttori: Stefano Cascinu, Alfredo Falcone, Roberto Labianca

Questo corso si inserisce in un programma di aggiornamento annuale delle conoscenze circa i tumori del tratto gastroenterico. Per quanto la sua struttura sia ancora tradizionale, con molte letture di aggiornamento, la novità è che pur essendo diretto specificatamente ad oncologi medici la grande maggioranza dei docenti sono chirurghi, patologi, radioterapisti proprio per soddisfare al meglio l'esigenza di una cultura multidisciplinare della gestione di questi pazienti.

ECM: in attesa assegnazione crediti

Informazioni: Accademia Nazionale di Medicina - Palazzina CUP - Policlinico S. Orsola
 Via Massarenti, 9 40138 - Bologna - tel. 051-6360080 fax 051-6364605 - e-mail: anmbo@accmed.net - www.accmed.org

.....
Società Italiana di Dermatologia Chirurgica e Oncologica

Dermochirurgia Ieri, Oggi, Domani

Roma, 13-16 aprile, Aurelia Convention Centre

Presidente: Dr. Massimo Laurenza

Chirurgia curativa dei tumori cutanei, diagnosi e terapia non chirurgica dei tumori cutanei, laser in dermatologia, luce pulsata, estetica del viso, chirurgia della calvizie, corsi di aggiornamento per Medici e Infermieri.

Informazioni Segreteria organizzativa: Ufficio Didattica e Congressi IDI IRCCS

F. Sinatra, G. Aleo, A. Anthony, G. Carboni, C. Selvi

Via dei Monti di Creta, 104 - 00167 Roma - tel. 06/6646.4458 - fax 06/6646.4496
 e-mail: congressi@idi.it - www.idi.it - www.sidco2005.it

**Società Italiana di NeuroSonologia ed Emodinamica cerebrale
Società Italiana Diagnostica Vascolare**

Ultrasonologia vascolare

6-9 aprile - Bertinoro (FC), Centro Residenziale Universitario

Presidenti del congresso: Pier Luigi Antignani, Massimiliano Visocchi

Informazioni Segreteria Organizzativa: Avenue Media

Ufficio Congressi tel.: 051-6564300 fax: 051-6564350 - e-mail: congressi@avenuemedia.it - www.avenuemedia.it

.....

Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma

Chirurgia Laparoscopica

3 edizioni

14-15-16 Aprile / 30 giugno -1-2 Luglio / 27-28-29 Ottobre

Direttore Scientifico: Prof. Ignazio Massimo Civello

Coordinatore: Dr. Roberto Tacchino

Il corso si articola in tre giornate e comprende una parte teorica ed una parte pratica per complessive 23 ore di attività per gruppo.

L'attività chirurgica comprende: Colecistectomia, Patologia del giunto gastro-esofageo, Splenectomia, Resezioni gastriche e anastomosi gastro-digiunali, Anastomosi intestinali manuali e meccaniche, Resezioni del colon-retto, Difetti parete addominale

ECM: è in corso il riconoscimento al Ministero della Salute.

Informazioni: Segreteria scientifica Dr. Maurizio Foco – Dr. Daniele Matera - tel. 06.30155398 - fax 06 30156091

e-mail: mfoco@chirurgia3gemelli.org - e-mail: dmatera@chirurgia3gemelli.org

Segreteria organizzativa: Servizio Formazione Permanente - tel. 06.30154886 - 30155146 - fax 06.3055397

email: dsefm@rm.unicatt.it.....

Patologie Infettive

9-16-23 aprile - Aula D.U. Aiuto Materno –Palermo

25 giugno - 2-9 luglio Castello Chiaramontano –Favara (AG)

Coordinatore: Dott. Prof. Francesco Scarlata

Ciascuna edizione è articolata in distinte sessioni su: Agenti "Long Acting", Patologie immunomediate, Patologie orfane.

Accreditamento ECM per Medici in corso

Informazioni: S.I.A.M.E.G. – Roma tel. 06.4746344

Istituto di Patologia Infettiva e Virologia - Palermo tel. 091.6666276

Seconda Università di Napoli

Colon - Proctologia

11 aprile - 18 novembre, Napoli

Sede del corso: le lezioni teoriche e le esercitazioni pratiche si svolgeranno presso la Seconda Università degli Studi di Napoli - Azienda Ospedaliera Universitaria -Insegnamento di Clinica Chirurgica - XI Divisione di Chirurgia Generale e dell'Obesità (Direttore Prof. L. Docimo) - P.zza Miraglia, 5 - 80138 - Napoli

Direttore del corso: prof. Ludovico Docimo

Materie di Insegnamento: Anatomia Normale e Patologica, Anestesiologia, Chirurgia Generale, Diagnostica per Immagini, Fisiologia, Gastroenterologia, Ginecologia e Ostetricia, Medicina Interna, Medicina Legale, Oncologia Medica, Radioterapia, Urologia.

ECM: I Corsisti sono esonerati dall'obbligo formativo dell'ECM relativamente all'anno del corso ai sensi della Gazzetta Ufficiale N. 110 del 13.05.02. La frequenza al Corso è obbligatoria

Informazioni Segreteria Organizzativa: Dott. P. Papagno, P. Capuano, F. Manzi, V. Amoroso
Seconda Università degli Studi di Napoli - Corso di Perfezionamento Universitario in Colon-Proctologia
tel./Fax 081.566.5270 / 566.5301 - e-mail: ludovico.docimo@unina2.it

Secondo Congresso della Psicoterapia Italiana

Psicoterapia

21-24 Aprile, Siracusa

I rappresentanti italiani delle diverse scuole di psicoterapia a confronto sulle nuove sfide della post-modernità che si impongono alla polis e che determinano nuovi paradigmi culturali e sociali: conscio e inconscio, intrapsichico e relazionale, esperienza e interpretazione, parole e corporeità.

Interverranno: Daniel Stern, Massimo Ammaniti, Bruno Callieri, Giovanni Liotti
e i rappresentanti delle associazioni italiane di psicoterapia

Comitato Scientifico: Margherita Spagnuolo Lobb; Alberto Zucconi; Annibale Bertola; Gabriele Chiari; Rodolfo De Bernart; Maria Luisa Manca.
Crediti ECM richiesti

Informazioni: Jumbo Tours, via Trento 2 96100 Siracusa - tel. 0931-21272, e.mail: info@jumbotours.it
FIAP, via S. Sebastiano 38, 96100 Siracusa - tel. 0931465668, fax 0931483646, e.mail presidenza@fiap.info

sito web: www.gestalt.it/fiap.htm

.....
Società Polispecialistica Italiana dei Giovani Chirurghi

Pavimento Pelvico

22-23 Aprile, Salerno - Mediterranea Hotel - via S. Allende

Direttori del Corso: D. De Vita, G. Docimo **Presidenti Onorari:** L. Docimo, G. Santinelli, L. Spreafico

I temi del corso sono i seguenti:

Evoluzione della chirurgia vaginale: tecniche chirurgiche innovative e nuovi materiali protesici bio-sintetici.

Approccio integrato colonproctologico-uroginecologico nei disordini pelvi-perineali.

Fisioterapia pelviperineale: alternativa, preparazione e completamento alla chirurgia

Il corso è stato accreditato con 11 crediti per le figure professionali di Medico-Chirurgo ed Infermiere Professionale, ed è in fase di accreditamento per Fisioterapista ed Ostetrica.

Informazioni Segreteria organizzativa:

S.P.I.G.C. (Società Polispecialistica Italiana dei Giovani Chirurghi) Dr. Luca Bottero, Davide De Vita
Indirizzo postale: Davide De Vita via Palermo 29,
Battipaglia, SA 84091
cell.339/8503997 - fax 0828/793297
e-mail: davidedevita@tiscali.it
www.spigc.it - www.aogoi.it - www.ministerosalute.it

.....
I.R.M.S.O. - F.I.A.M.O.

Medicina Omeopatica

Seminario ECM 15 - 17 aprile "Palazzo della Commenda" Loc. Chiaravalle della Colombaia 29010 Alseno (PC)

Responsabile: dott. Pietro Federico

La metodologia omeopatica nelle malattie mentali.
Validità ed efficacia delle diverse dinamizzazioni omeopatiche con particolare riguardo alle preparazioni cinquantamillesimali - LM. Richiesti crediti ECM.

Informazioni Segreteria organizzativa: I.R.M.S.O.

Via Paolo Emilio, 32 - Roma
tel. 063242843 - fax 063611963
e-mail: omeopatia@iol.it - www.irmso.it

Sportivo Infortunato: riabilitazione

9-10 aprile, Palazzo dei Congressi Fiera di Bologna - Bologna

Presidente: Gianni Nanni

Direzione scientifica: Giulio Sergio Roi

Saranno richiesti i crediti formativi per Medici e Fisioterapisti

Informazioni Segreteria scientifica: Domenico Creta, Rodolfo Tavana, Fabrizio Tencone
e.mail: centrostudi@isokinetic.com

Segreteria organizzativa: Francesco Cervellati, Marco Zanobbi
tel. +39 051 6112568 fax +39 051 6112567 - e.mail: congressi@isokinetic.com - sito web: www.isokinetic.com

.....

7° Congresso Nazionale SIAI

Allergologia e Immunologia nella pratica pediatrica

6-9 Aprile, Roma - Aurelia Convention Center Torre Rossa Park Hotel, Via di Torre Rossa, 94

Presidenti: Mauro Calvani, Alberto G. Ugazio

È stata inoltrata la richiesta presso il Ministero della Salute per l'attribuzione dei crediti formativi secondo il programma di Educazione Continua in Medicina.

Informazioni: Segreteria organizzativa iDea Congress - Via della Farnesina, 224 - 00194 Roma
tel 06 36381573 - fax 06 36307682 - e.mail: info@ideacpa.com - www.ideacpa.com

Gli aggiornamenti del programma saranno consultabili sui siti:
www.siaip.it e www.ideacpa.com/siaip2005

< Pubblicità >

Dermoscopia ed Imaging Cutaneo

Gubbio, 8-10 marzo

Forum italiano di dermoscopia ed imaging cutaneo

Il Master si addentererà nel campo delle presentazioni più inconsuete ed insidiose, dove l'esperienza viene non di rado messa a dura prova. Nel programma non mancano, tutte quelle nuove metodiche di imaging che della dermoscopia rappresentano l'applicazione tecnica più avanzata.

Informazioni:

Alessandra Scanu

Meeter srl - Via Salvatore Trinchese, 22 - 00188 - Roma

Tel.: 06/33680034 - Fax.: 06/33680033 e-mail: alessandra.scanu@meeter.it - congressi@meeter.it

.....

Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso

Eating Disorders and Obesity

aprile 2005 / marzo 2006 – sede AIDAP - Verona

Responsabile: dott. Riccardo Dalle Grave

Rivolto a professionisti interessati all'approfondimento delle conoscenze e del trattamento cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione e del peso.

Evento accreditato presso la commissione ECM del Ministero della Salute.

Informazioni: Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso

Via Sansovino 16 Verona Tel. 0458103915 - fax 0458102884 - sito web: www.positivepress.net/aidap

.....

**Scuola Multidisciplinare di Formazione Aggiornamento e
Qualificazione in Fisiopatologia del Tratto Genitale e
Malattie a Trasmissione Sessuale**

Colposcopia e fisiopatologia cervico-vaginale e vulvare

Ascoli Piceno, 11 -16 aprile

Sede dell'Insegnamento:

Palazzo dei Capitani

Coordinatore dell'Insegnamento:

Dott. MARIO PERONI

Docente Straniero d'Onore:

prof. FERNANDO BONILLA-MUSOLES

Prolusione all'Insegnamento:

dott. FABIO PARAZZINI

Informazioni Segreteria organizzativa:

Agenzia Brunozi - Corso Trieste, 56

63100 Ascoli Piceno

tel. 0736/262128 - fax 0736/259460

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Angiologia medico-chirurgica ambulatoriale

Inizio del corso: 15 marzo

Dipartimento Scienze Chirurgiche – Policlinico Umberto I - Roma

Direttore: prof. Alberto Berni

Accreditato dal Ministero della salute con 40 crediti ECM

Informazioni Segreteria del Corso: Sig.ra Marcantonini 06.49975530

Direzione del Corso: Prof. Berni 06.49975505

Università di Roma "Tor Vergata" - Anno Accademico 2005/2006

Agopuntura Clinica

Durata: Il Master è articolato in cinque moduli sviluppati in 3 anni. I primi tre moduli affrontano lo studio della fisiologia, della patologia e della clinica. Il quarto e quinto modulo prevedono esperienze pratiche ambulatoriali sotto la supervisione di tutors. La frequenza al Master, coerente all'ordinamento universitario, consente l'assolvimento dei crediti formativi ECM previsti per medici e odontoiatri

Informazioni: Accademia italiana di Medicine Tradizionali Omoios - Roma

Segreteria scientifica: tel. 06-5816789 fax 06-5818610 - e.mail: omoios@tin.it

Scuola Avanzata SIUMB di addestramento post-laurea in Eco-Color-Doppler di Napoli

Eco-Color-Doppler

aprile-novembre 2005 presso: I Policlinico - Seconda Università di Napoli - Piazza Miraglia, Napoli

Direttore: prof. L. Tarantino

È stato richiesto accreditamento ECM

Informazioni: Dr. I. Sordelli tel. 3385404037 - e-mail: ignazio.sordelli@virgilio.it

o inviare una e-mail al Direttore del Corso: luciano_tarantino@fastwebnet.it

Associazione Interregionale Cardiologi e Specialisti Medici Ambulatoriali

Dislipidemie Familiari, Sindrome Metabolica, Diabete

Cefalù, 2 aprile Hotel Costa Verde

Direttori del corso: Tommaso Diego Voci - Mario Barbagallo

L'evento è stato registrato al Ministero della Salute per i crediti formativi ECM

Informazioni Segreteria scientifica: A.C.S.A. - onlus

Sede nazionale: Via Madama Cristina, 9 10125 Torino tel. 011-6693210 fax 011-6501607

e.mail: presidenza@acsa-onlus.it sito web: www.acsa-onlus.it

Segreteria organizzativa: Delphi Line Viale Campania, 31/C 20133 Milano

tel. 02-70006051 fax 02-71090028 - e.mail: info@delphiline.com

Associazione medica per l'insegnamento dell'agopuntura e delle riflessoterapie

Agopuntura e Medicina non Convenzionale

9 aprile, Centro Congressi "Torino Incontra" Via Costa 8, Torino

Presidente: Dott. Piero Ettore Quirico

Direttore Scientifico: Dott. Giovanni Battista Allais

Informazioni Segreteria scientifica: Dott.ri G.B. Allais, M. Grandi, A. Magnetti, F. Mautino, P.E. Quirico, A. Rebuffi

Segreteria organizzativa: Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche tel. 011.304.28.57; fax 011.304.56.23

sito web: www.agopuntura.to.it - e-mail: centrostudi@agopuntura.to.it

L'evento è stato sottoposto alla Commissione ECM per l'assegnazione di crediti formativi

PPARS efficacy and safety from basic science to clinical applications

19-23 march, Monte Carlo (Monaco)

Co-chairpersons: J-C Fruchart (France), R. Paoletti (Italy), J. Plutzky (Usa), W. Whall (Switzerland)

Scientific Secretaries: A. L. Catapano (Italy), M. Crestani (Italy), B. Staels (France)

Informazioni Scientific Organizing Secretariat PPARs 2005 Fondazione Giovanni Lorenzini Via Appiani, 7 - 20121

Milan (Italy) Phone: +39 (02) 29006267 telefax: +39 (02) 29007018 - e-mail: ppars@lorenzinfoundation.org

S.I.C.O.A. - CASA di Cura "Villa Bianca"

Cardiochirurgia dell'adulto

Bari, 12 marzo - Sheraton Nicolaus Hotel, Via Cardinale A. Ciasca, 9 - Bari

Presidente: prof. Carmine Curcio

Accreditamento ECM: Per il presente evento sono stati richiesti i crediti formativi al Ministero della Salute.

Informazioni Segreteria scientifica: Dr. Hadi Ghiyassodin Dipartimento di Cardiochirurgia

Casa di Cura Villa Bianca tel. 080-5076232 - e.mail: ghiyassodin@libero.it

Segreteria organizzativa Centro Italiano Congressi Viale Escrivã, 28 70124 Bari

tel. 080-5043737 pbx fax 080-5043736 -

e.mail: info@cicsud.it - sito web: www.cicsud.it

LA TERAPIA FOTODINAMICA: DISTRUGGERE IL TUMORE RISPARMIANDO IL TESSUTO SANO

La terapia fotodinamica (PDT, acronimo dell'inglese *PhotoDynamic Therapy*) è una particolare forma di fototerapia in grado di distruggere qualsiasi tipo di tessuto neoplastico, risparmiando al contempo quello sano, impiegando radiazioni luminose non ionizzanti. Si tratta della prima terapia selettiva dei tumori, basata sull'attivazione di una sostanza fotosensibilizzante attraverso la luce. Privo di qualsiasi tossicità intrinseca sia per i tessuti sani che per quelli malati, il fotosensibilizzante ha la prerogativa di localizzarsi con grande selettività, appunto, nei tessuti malati. L'ultima generazione di PDT, grazie ad una fotosensibilizzazione estremamente breve, consente al paziente di esporsi tranquillamente alla luce solare diretta già pochi giorni dopo il trattamento. Un'ulteriore applicazione della selettività dei fotosensibilizzanti è rappresentato dal loro utilizzo come marcatori delle cellule neoplastiche quando si deve procedere ad escissione chirurgica con la guida di microscopio intraoperatorio. Non solo: la PDT può essere impiegata anche in pazienti che rifiutano l'intervento, oppure che non possono sopportarlo perché sono ad esempio portatori di pace-maker o affetti da diatesi emorragica con una patologica tendenza al sanguinamento. Allo stesso modo, consente di intervenire sulle recidive di tumori primitivi nei quali erano già falliti precedenti trattamenti di chirurgia o di chemioterapia e non si poteva intervenire nuovamente utilizzando le medesime metodiche o altre oggi disponibili. È utile inoltre nel trattamento di lesioni localizzate in sedi difficilmente aggredibili chirurgicamente e può essere ripetutamente impiegata senza che si verifichi alcuna tossicità cumulativa, né è mai stato segnalato fino ad oggi lo sviluppo progressivo di resistenza al trattamento. Gli studi internazionali indicano una remissione completa del 13% in pazienti che non avevano più nessun'altra possibilità di trattamento 'tradizionale', evidenti benefici clinici in termini di "qualità di vita" nel 59% e nel 26% miglioramento complessivo con una sopravvivenza mediana di 487 giorni, mentre il 74% dei pazienti con risposta terapeutica parziale, o con nessuna risposta, ha avuto comunque una sopravvivenza mediana di 214 giorni. La PDT ha recentemente ottenuto l'approvazione EMEA per il trattamento di pazienti con carcinoma a cellule squamose della testa e del collo in fase avanzata che hanno fallito precedenti terapie e non sono adatti ad un trattamento di radioterapia, chirurgia o chemioterapia sistemica.

DALLA PUGLIA LA 'RETE NAZIONALE DI EMERGENZA VASCOLARE AORTICA'

Nasce la prima 'Rete Nazionale di Emergenza Vascolare Aortica', con centri di soccorso disposti su parte del territorio nazionale e pronti ad intervenire con assoluta tempestività in casi di emergenze legate alle lesioni all'aorta. Secondo i dati di uno studio statunitense recentemente presentato a Roma nella sede della Regione Puglia, risulta infatti che la rottura dell'aorta è causa di mortalità negli incidenti stradali nel 21% dei casi e la seconda causa di morte nei casi di traumi. Il network italiano sarà la partenza di una vasta rete europea che verrà formata a Bruxelles entro la fine dell'anno. La nascita della nuova rete si deve al progetto finanziato dal MIUR (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca) per volontà della Regione Puglia e all'organizzazione dell'Istituto di Cardiologia del Policlinico di Bari. Sono l'Azienda Ospedaliera Universitaria Ferrarotto di Catania, l'Istituto Cardiologico Monzino di Milano, il Policlinico Universitario Federico II e l'Azienda Ospedaliera Monaldi di Napoli, insieme al Policlinico Universitario di Bari, i centri nevralgici che formano la Rete Emergenza e che sono collegati tra loro da un sito web (www.aorticare.org) e da un Call Center nazionale (Numero Verde 800 955 155). "In caso di emergenza aortica o di incidente stradale ci si può collegare alla nostra rete con una telefonata o connettendosi al nostro sito – sottolinea Luigi De Luca Tupputi Schinosa, Direttore dell'Istituto di Cardiologia dell'Università di Bari – sapendo inoltre che il Call Center sarà potenziato durante il sabato sera". "Lo scopo sarà quello di costituire una Rete che possa in futuro coprire in maniera capillare tutto il territorio nazionale" spiega Luigi De Luca Tupputi Schinosa. Il Policlinico Universitario di Bari sta infatti lavorando alacremente con la Regione Puglia per formare la prima Unità Aortica Italiana su modello delle esistenti Unità Coronariche. Entro l'anno, infine, il Network di Emergenza Aortica si estenderà ad altri paesi europei: Tolosa per la Francia, Barcellona per la Spagna e Rostock per la Germania oltre a Baltimore e Stanford negli Stati Uniti d'America. (St. Ser.)

< Pubblicità >

Intervista "seria-seria" al grande comico romano



Al "dottor" Verdone gli fischia l'orecchio

Si considera un grande diagnostico dal momento che questa sua qualità gli è stata riconosciuta da medici importanti. Ha azzeccato il farmaco per far tornare la voce ad un amico e ha "salvato" un depresso

di **Maricla Tagliaferri**

In un modo o nell'altro c'è sempre un medico nei suoi film. Quasi non te ne accorgi, perché spesso stanno sullo sfondo, come in "Un sacco bello". A volte sono terribili come quel pedante che in "Viaggi di nozze" spinge la povera Veronica Pivetti ad un gesto estremo. E più di un malato la fa da protagonista: Regina Orioli è cieca in "Gallo cedrone", Asia Argento è sulla sedia a rotelle in "Perdiamoci di vista".

Perché, signor Carlo Verdone?

Perché la malattia, la precarietà della vita fa parte di noi. Odio quelli perfettini sempre pimpanti che la negano. Poi vai a casa loro e hanno gli scaffali pieni di medicine. Del resto mi considero un medico mancato.

In che senso?

La medicina mi ha sempre appassionato. Sono un grande diagnostico, come mi è stato riconosciuto da medici importanti. So individuare a prima vista un helicobacter, una diverticolite, un colon irritato. Ho in cura, diciamo così, una quarantina di amici, che mi telefonano a qualunque ora. E io rispondo come un vero medico: "Non mi disturbi affatto". Ascolto e consiglio il medicinale giusto. Li conosco alla perfezione, quasi tutti li ho sperimentati su di me, perché ho avuto un sacco di magagne. Certo, quando il problema è serio mi fermo. Coi bambini neanche ci provo. Però ho avuto le mie brave soddisfazioni.

Per esempio?

Ho azzeccato il farmaco per far tornare la voce ad un amico attore che aveva provato di tutto. Ho risolto la depressione di un altro. Quello è stato davvero difficile. Anche lui aveva bussato a tutte le porte, finché gli ho detto: fidati di me. L'ho seguito per sei mesi, consultandomi ogni sera con un neurologo bravo. Alla fine ne è uscito: è stata una grande vittoria.

Come le è venuta questa passione?

Dal nostro medico di famiglia, il professor Gerardo D'Agostino, istopatologo primario al Regina Elena di

Roma, che per amor nostro ci faceva da medico generico. Ero affascinato da quest'uomo che ti guariva solo guardandoti. S'era formato negli anni '60, aveva un grande occhio clinico. Così mi sono appassionato. Leggo regolarmente riviste medico-scientifiche, consulto enciclopedie e manuali.

Cosa l'affascina della medicina?

La conoscenza del corpo. Per me è un andare a fondo nella conoscenza delle persone, oltrepassare la pura psicologia. Mi spiace vedere la gente soffrire, se riesco a togliere qualche fastidio sono davvero felice. E poi il mio mestiere è quello di far sorridere e il sorriso fa bene alla salute, perciò mi considero un medico a tutti gli effetti.

Che qualità deve avere un buon dottore?

Soprattutto il buon senso. Deve essere un bravo psicologo, comunicare serenità e avere tanta pazienza.

Lei ha spesso ironizzato sulla sua ipocondria. In "Maledetto il giorno che t'ho incontrato", mette in scena irresistibili gag sulla dipendenza dai medicinali. Autobiografia?

Sono ipocondriaco come quasi tutti, sto nella media e ho i miei buoni motivi. Ma mi considero sostanzialmente sano. Semplicemente ho paura che ogni tanto il corpo non mi sostenga. Il fatto è che mi vengono sempre cose curiose, lipomatosi, impurità del vitreo, di recente gli acufeni, cioè i fischi nelle orecchie.

Le hanno mai dato della "pecetta", come si dice a Roma di qualcuno che è sempre malaticcio?

Guardi, secondo me quelli che non si lamentano mai, sono quelli che muoiono prima. Negano malesseri, sfidano il corpo oltre i limiti, forse esorcizzano, così non si accorgono per tempo se qualcosa non va.

Delle sue "magagne", come le chiama lei, quante le dà meno fastidio?

Gli acufeni, contro i quali non si può far nulla. Ci vivo in pace, li ho accolti come il rumore del mio silenzio. □

Ho paura
che ogni
tanto il
corpo non
mi sostenga.
Mi vengono
sempre
cose curiose

Presley non fu solo un fenomeno musicale: segnò un'epoca

Scuotiti e rotola

di Piero Bottali

Nel modesto studio di registrazione di Sam Phillips, la Sun Record, in quella primavera del 1954 a Memphis, Elvis Presley incise il suo primo brano *That's all right, Mama*: era nato un nuovo genere musicale che avrebbe scosso prima e poi affascinato gli adolescenti (ma non solo) di tutto il mondo: il rock and roll.

(seconda puntata)

Questo pezzo trascinante, trasmesso a mitraglia dalle radio locali subito assalite da una valanga di telefonate di ragazzi e ragazze che vogliono sapere chi è questo Elvis, invade l'America come una macchia di benzina infiammandola. Il disc-jockey Alan Freed 'inventa' la sigla rock and roll (scuotiti e rotola). La società perbenista si scandalizza del modo di cantare/suonare/muoversi di quel Presley ma soprattutto con timore vede in lui un nuovo, potente persuasore che si rivolge ai giovani interpretando la loro solitudine, rabbia, paure, desideri, brame sessuali. Sconcerta e indigna il suo 'impudico' e snodato muoversi del bacino: Elvis *the Pelvis*, lo chiamano in molti. Cominciano le campagne denigratorie ma anche le vertiginose vendite dei dischi del ragazzo di Tupelo. Ogni nuovo disco è un successo travolgente; i soldi arrivano a montagne. I suoi spettacoli portano migliaia e migliaia di giovani al delirio, le ragazze gli lanciano le mutandine, i predicatori gli anatemi, i giornali parlano sempre più spesso di lui e della sua diabolica e affascinante musica: il resto fa parte della storia del rock and roll, strettamente legata a quella del

suo 're', il grande Elvis Presley. Sul suo esempio altri bianchi emergono: il 'cowboy' chitarrista Carl Perkins con *Blue suede shoes*, l'indiafolato pianista Jerry Lee Lewis con *Great balls of fire*, il ridicolo Bill Haley con il celebre *Rock around the clock*. Nel popolo nero emerge la figura dello straordinario pianista Little Richard (Richard Penniman), il 're nero' del R'n'R con la trascinante *Good Golly miss Molly*, la martellante Lucille, l'incalzante *Tutti Frutti*; Chuck Berry, autore di Johnny B. Goode suona/cantata col suo incredibile 'passo dell'anatra'; e Junior Parker col suo ipnotico *Mystery train*.

Ma non è solo musica, ritmo, ballo e sesso: il R'n'R crea una moda nel vestire, pettinarsi, pensare, proporsi agli altri. Per i ragazzi, capelli con la brillantina tirati indietro sulle tempie a lasciare una cresta sul cranio, ciuffo sulla fronte e lunghe basette, jeans coi risvolti, giacche e stivali di cuoio nero, grosse motociclette; per le ragazze magliette provocatoriamente aderenti, pantaloni idem, gonne sotto il ginocchio, calzini corti bianchi, capelli a coda di cavallo o ondulati, labbra desiderabili rosse di rossetto forte. Per entrambi i sessi, insofferenza adolescenziale alle regole, voglia di far ca-

gnara di notte, ballare il dondolante rock and roll, amare intensamente e senza freni, correre forsennatamente in auto e moto con la faccia al vento incontro al proprio destino.

Nella primavera del 2004 sono stati festeggiati i 50 anni del rock and roll prendendo come data di nascita quella della registrazione di *That's all right, Mama*.

Ma il R'n'R che fine ha fatto? E' ancora vivo oppure è scomparso come tanti altri generi musicali? La risposta è sì, il ballo e il ritmo sopravvivono in club di nostalgici (gli adolescenti degli anni '50...), in gare di rock and roll, e nei rari concerti nei quali un etilizzato Jerry Lee Lewis pesta pateticamente sui tasti, un Carl Perkins enormemente ingrassato suona la chitarra cercando di non far cadere il parucchino, un ancora potente Little Richard, pur coi suoi 70 anni, martella la sua *Good Golly miss Molly*. Oppure la risposta è no, il R'n'R è proprio morto: nei suoi sogni, nel suo ribellismo, nella sua ideologia ormai non c'è più. Ad ucciderlo ci ha pensato l'immobilismo dello status quo e la delusione del 'non è cambiato nulla'.

Ma chi si è fatto scappare il rock and roll non sa cosa ha perso. □ (Fine)

MUSICA



Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

POMONTE ADDIO

Giuseppe Pallini raccoglie in questo libro (il cui ricavato andrà a favore dell'Associazione di Misericordia di Pomonte e Chiessi) i ricordi della sua attività professionale nell'isola d'Elba, dove iniziò a lavorare come medico condotto nel 1949. Egli descrive con partecipazione un genere di vita ormai sparito. Un mondo sereno, in cui si viveva con molta semplicità, ma nel quale ogni attività lavorativa era faticosa e anche il medico restava al servizio dei pazienti ogni giorno ventiquattro ore su ventiquattro. Dalle pagine di Pallini riemergono fatti e persone del posto, con i loro nomi, il loro carattere, le loro abitudini e, in alcuni casi, anche gli incidenti e le malattie per cui furono curate. Il racconto si sviluppa sulla falsariga delle attività che gli isolani svolgevano, sempre a mano, con impegno e pazienza nella vita di tutti i giorni, soffermandosi, con maggiori dettagli, sulle caratteristiche delle azioni più frequenti o più tipiche come la semplicità dei pasti, la spremitura dell'uva, la battitura del grano, i vari tipi di pesca. Anche il modo di andare da un luogo all'altro, prevalentemente a piedi o a dorso d'asino, superando come si poteva i corsi d'acqua, oppure usufruendo delle barche quando non vi erano vie terrestri praticabili, fanno parte di questi ricordi che marciano le differenze tra la vita di oggi e quella di allora. Sembrerà forse impossibile ai lettori più giovani credere che si vivesse con tanta rustica semplicità ancora nel primo dopoguerra, ma il racconto di Pallini non è frutto della fantasia: è una sincera, nostalgica testimonianza di vita vissuta.

Edizioni Cantagalli, Siena.

QUATTRO OPERE

Dopo lunghi anni di impegno professionale durante i quali ha mostrato una non superficiale attenzione ai cambiamenti avvenuti nelle strutture sanitarie e nella formazione della classe medica dovute alle iniziative legislative e all'attività dei sindacati di categoria, Francesco Geraci ha sentito la necessità di mettere per iscritto le sue osservazioni e le sue critiche su questi fatti.

Il primo lavoro, intitolato "...e disse prendetene e mangiatene tutti", tratta in chiave satirica e parodistica quanto è avvenuto negli ultimi decenni. Il testo, che si immagina rinvenuto in un tempo futuro dentro la tipica bottiglia abbandonata ai flutti, offrirà ai lettori informati dei fatti avvenuti in campo sanitario il piacere di deciptare da nomi e sigle, modificati con la fantasia, avvenimenti, istituzioni e personaggi che hanno segnato l'ambiente medico del nostro tempo.

"*Medici, malattie e società*" è il titolo del secondo opuscolo nel quale l'autore, prendendo spunto dal rapporto tra medici e società iniziatosi fin dall'antichità, si sofferma nella trattazione della situazione sanitaria siciliana. Il libro si rivela di particolare interesse quando descrive i medicinali e le credenze proprie della medicina popolare ormai così lontana dalla nostra immaginazione, quando fornisce i dati riguardanti il lavoro nelle solfatore e la diffusione della malaria in quei posti di lavoro e quando l'autore formula le sue osservazioni psicologiche sugli atteggiamenti e i comportamenti avuti dalla società siciliana nei confronti della medicina fino all'avvento dello stato sociale e al dilagare della mutualità che ne ha causato il declino.

Il volumetto intitolato "*C'erano una volta i medici*" è un excursus storico sulla situazione sanitaria e la figura del medico in Italia negli anni successivi all'u-

nificazione. In queste pagine Geraci confronta il peso che i medici avevano allora, con quello che hanno oggi. A suo parere i circa 17.000 medici di quei tempi contavano sia nella società, sia nel parlamento, malgrado non disponessero di nessuna organizzazione di categoria. Invece gli attuali 300.000 e più professionisti, che hanno a disposizione importanti organi di stampa, sono organizzati in una Federazione nazionale, in oltre cento Ordini provinciali e in sindacati di categoria, hanno perduto l'antica autorità e scarseggiano di capacità progettuale. A questo proposito Geraci sostiene che i medici potranno ritrovare il loro antico prestigio solamente se le diverse istituzioni mediche sapranno superare l'inerzia dei pochi dirigenti dando maggiore spazio e partecipazione alle loro basi.

"*Sermoni inutili*" è una piccola raccolta di poesie che Geraci definisce "prosa poco ritmata e parecchio discorsiva, pervasa di fervore polemico e dissacratorio". Questi versi, pieni di ironia e sarcasmo, esprimono un'attenta osservazione dell'umanità e un disincantato atteggiamento nei confronti della vita. Anche in essi aleggia la critica che l'autore fa dell'attuale ambiente medico. Grafica T. Sarcuto, Agrigento.

LA VALUTAZIONE GLOBALE DEL RISCHIO

CEREBRO-CARDIO-VASCOLARE

Le ultime pubblicazioni sulla mortalità e la morbilità cerebro-cardio-vascolare in campo nazionale hanno indotto il dott. Giuseppe Mecca ad approfondire la conoscenza dei rischi cardiovascolari e delle malattie ad essi correlate. La sua ricerca parte da un'attenta analisi della situazione nella sua regione, la Basilicata, confrontata con i dati relativi alle altre regioni. Egli rileva così che si muore meno per tumore che per effetto di malattie cardiovascolari. Ciò lo ha indotto a formulare un progetto di prevenzione per sollecitare programmi di informazione ed educazione sanitaria ed una politica di intervento per affrontare in modo decisivo questa dolorosa realtà. Il suo motto è abbandonare la medicina d'attesa e promuovere la medicina d'iniziativa e anticipatoria perché bisogna prima prevenire e poi curare. La prevenzione e il trattamento del danno a carico degli organi bersaglio sono la grande sfida che i medici dovranno saper adeguatamente affrontare. In questa prospet-



tiva, il presente volume, ricco di dati, statistiche e tabelle illustrative, descrive in modo completo ed aggiornato l'eziopatogenesi, la diagnosi e la terapia degli eventi morbosi e dei molteplici fattori di rischio ad essi correlati, distinguendosi per l'importanza data alla presentazione dei criteri di valutazione del rischio globale vascolare. Infatti la concomitanza di piccole alterazioni del livello dei diversi fattori di rischio che caratterizzano questa sindrome sono, nel loro insieme, più pericolose di un'unica, seppur ampia, variazione.

OM, FIMMG, Potenza.

PARMENIDE PROFETA DELLA GLOBALIZZAZIONE

Albino Nolletti ha tradotto interamente i 19 frammenti del poema didascalico di Parmenide. Sulla natura con l'intento di risolvere il problema sollevato da Socrate, secondo il quale i testi scritti, se li si interroga, tacciono maestosamente. L'intento di Nolletti è stato infatti quello di dare una interpretazione definitiva ai passi più controversi del poema, in particolare di quelli del primo, sesto, ottavo e diciannovesimo frammento e dell'intero sedicesimo, relativo al pensiero e alla dimensione onnicomprensiva dell'essere. I diciannove frammenti (il diciottesimo ci è pervenuto in latino) sono riportati in lingua originale sulle pagine di sinistra, su quelle di destra sono riportate la traduzione e la relativa parafrasi fatte dall'autore. I brani del poema sono introdotti da una esposizione del periodo storico e filosofico in cui ha operato Parmenide e della filosofia che l'ha preceduto. Ad essi seguono un commento del testo originale nelle sue possibili interpretazioni nonché una serie di capitoli che, prendendo in esame le diverse problematiche sollevate, vanno a formare un approfondito studio del pensiero del grande filosofo di Elea.

La nuova Editrice, via P. Taccone 12, Teramo; www.parmenide.info

IN ORDINE SPARSO

Con questa raccolta di poesie Giovanni Mazzotta vuole esprimere e rappresentare i propri sentimenti, la spontanea partecipazione del suo animo nei confronti nelle più varie manifestazioni della vita e cercando, perché no, di meravigliare l'animo altrui.

Egli infatti non si aspetta dal suo poeta-

re nulla di più dell'apprezzamento che i lettori, consapevoli della fatica richiesta dallo scrivere in versi, dal trovare le rime e le assonanze necessarie per dare senso poetico alle emozioni e agli stati d'animo, sapranno accordargli.

La sua è prevalentemente una poesia conviviale e d'occasione: compleanni, matrimoni, promozioni, feste e altri avvenimenti offrono l'afflato necessario alla sua vena poetica; ma anche le manifestazioni della natura lo ispirano: l'alternarsi delle stagioni, il fiorire dei prati, il volo delle farfalle, la neve, il temporale gli suggeriscono liriche ricche di spontaneità. Nei suoi versi, poi, traspare il sincero sentimento dell'amicizia, della partecipazione e dell'amore, sia esso coniugale, paterno o filiale. Particolarmente sentita e commossa è la poesia dedicata alla madre Iolanda, scritta nel suo comprensibile dialetto pugliese dalle intonazioni greche, che sembra ora un italiano medievale, ora un dialetto di altre regioni, ora ricorda la lingua castigliana: un linguaggio con il quale riesce ad esprimersi in un verseggiare immediato e pieno di sentimento.

Cerboni Editore, Cerbara di Città di Castello (PG).

THE STRUCTURE OF THE MIND

Il ponderoso volume scritto in lingua inglese da Francesco Belfiore, che ha il sottotitolo "schema di un sistema filosofico", rappresenta un originale tentativo di restaurare l'aspirazione neoclassica mirante ad un sistema filosofico completo, fondato su solide basi ontologiche ed elaborato mediante un metodo induttivo che parte dall'osservazione interna o introspezione.

Basandosi sulla caratteristica distintiva di presentare un sistema filosofico originale e completo, l'autore diverge dalla letteratura filosofica degli ultimi decenni, che si è sempre più focalizzata su settori specifici contrapponendosi alle recenti tendenze esistenzialiste e post-moderne. Con questo lavoro egli dimostra come il riferimento ad un sistema filosofico completo sia la necessaria premessa per ogni indagine filosofica e sostiene che la mancanza di tale riferimento è stata causa di speculazioni e interpretazioni errate, che hanno indotto diversi pensatori a considerare come autonomi dei sistemi, quali il linguaggio e la logica formale, che invece possono essere adeguatamente studiati solamente inquadrandoli nella più complessa realtà di cui fanno parte. In

questo senso il pensiero di Belfiore si discosta anche dalla moderna linguistica. Le numerose questioni affrontate in quest'opera, che l'autore per altro si propone di sviluppare e approfondire in prossime pubblicazioni, offrono nuovi argomenti e soluzioni nel campo della ontologia, della conoscenza, del linguaggio, dell'estetica, della politica e dell'etica.

University Press of America, NY.

AFRICA SEMPRE

È il diario della prima esperienza lavorativa che Guido Colesanti fece dopo la laurea in medicina, quando, tramite l'Alto Commissariato per la Sanità italiano, fu assunto per un anno come medico condotto dal Governo Regionale del Fezzan. Una sorta di medico senza frontiere ante litteram partito per la Libia nell'aprile del 1958. Il racconto comprende il periodo che va dal 21 Aprile al 30 settembre dello stesso anno perché la parte riguardante gli ultimi sette mesi è andata, chissà come, perduta. Queste pagine non rendono semplicemente conto dei problemi sanitari e dei casi clinici affrontati durante il periodo lavorativo, quasi fossero il diario di bordo di una nave. In esse Colesanti registra anche l'entusiasmo per la sua iniziale attività di medico e l'eccitazione datagli dal trovarsi in un paese e in un ambiente tanto diversi da quelli italiani, tra persone temprate da una vita più semplice e più povera di quella che egli aveva conosciuto fino ad allora e che, proprio per questo, in molte occasioni, anche professionali, sono state capaci di suggerirgli come comportarsi quando si trovava ad agire sprovvisto dei mezzi che riteneva essenziali.

La descrizione di quei luoghi, di quel clima, di quel popolo (del cui dialetto quasi fornisce un corso accelerato, tante sono le espressioni locali riportate nel libro), le considerazioni sul colonialismo europeo ed italiano, sulla negritudine, sul cosiddetto mal d'Africa, assieme ai ricordi personali, che si intrecciano con le esperienze fatte sul posto, sono cose che rendono interessante la lettura di questo libro ed offrono una efficace immagine della affabile personalità dell'autore.

Aracne, Roma, euro 10,00.



La sifilide di Shakespeare

Il grande bardo aveva la sifilide? È questo il dilemma amletico che si pone il dottor John J. Ross della *Tufts University School of Medicine*, di Boston in un articolo appena pubblicato su *Journal of Infectious Diseases*. E che non si tratti di una mera maldicenza storica ma di un sospetto fondato lo dimostrerebbero i numerosi riferimenti in versi al morbo gallico, disseminati in varie opere del celeberrimo autore inglese. Della *malady of France* si parla nell'Enrico VI (*When death doth close his tender dying eyes, see, see the pining malady of France*) e nell'Enrico V (*Doth Fortune play the huswife with me now? News have I,*

that my Nell is dead i' the spital of malady of France); l'espressione infinite malady compare invece nel Timone di Atene (*Of man and beast the infinite malady crust you quite o'er!*), mentre della parola *pox* sono letteralmente disseminati tutti i suoi scritti. Sono queste ed altre espressioni, quali il verso *'Love's fire heats water'* del Sonetto 154 (che farebbe pensare alla disuria da malattie sessualmente trasmesse, prima tra tutte la gonorrea) a far apparire estremamente sospetta la conoscenza del grande Shakespeare per queste malattie. Che ne soffrisse dunque in prima persona? Ma non è tutto. Ross

vede anche nella improvvisa comparsa di alopecia, nella firma tremolante apposta al suo testamento e nel precoce ritiro dalla pubblica scena negli ultimi anni, un chiaro indizio di intossicazione da vapori di mercurio. L'unica terapia disponibile per la sifilide a quei tempi (Shakespeare è morto a soli 52 anni nel 1616), se si eccettuano i bagni caldissimi ai quali pure il grande poeta fa riferimento nel Sonetto 153 (*i 'seething bath' in grado di curare le 'strange maladies'*). Ma Shakespeare recitava anche le sue opere e la sua mente lucida e creativa fino all'ultimo non farebbe certo pensare ai problemi neurologici di un paziente con sifilide terziaria o alla demenza da intossicazione da mercurio. E di questo Ross rende atto, ammettendo che con tutta probabilità la morte del grande bardo non può essere attribuita alla sifilide.

(Fonte: *Shakespeare's Chancere: Did the Bard Have Syphilis? Clinical Infectious Diseases* 2005;40:399-404)

a cura di
Maria Rita Montebelli

Si degli scienziati agli Autovelox

Brutte notizie per gli aspiranti Schumacher. Gli autovelox possono contare anche sull'approvazione degli scienziati. Un articolo di recente pubblicato sul *British Medical Journal* infatti dimostra che questi infernali aggeggi, rappresentano un intervento efficace nel ridurre gli incidenti stradali e la mortalità relativa. Gli incidenti stradali rappresentano un'importante causa di mortalità e di invalidità in qualunque paese. Ogni anno è di un milione e duecentomila morti, il pesante tributo pagato all'asfalto mentre sarebbero oltre 50 milioni le persone che riportano ferite o invalidità permanente a seguito di un incidente stradale. Qualunque misura volta a ridurre la velocità viene dunque considerata essenziale nel ridurre il numero degli incidenti; ma allo stesso tempo, l'uso degli autovelox, sempre più diffuso in vari paesi del mondo, è spesso oggetto di pesanti critiche. E così due ricercatori dell'Università di Bristol hanno avuto l'idea di effettuare una valutazione sistematica dell'efficacia di questi apparecchi nel ridurre gli incidenti stradali, analizzando i risultati di

21 studi pubblicati sull'argomento. La loro conclusione è che tutto starebbe ad indicare che gli autovelox rappresentano un valido mezzo per ridurre il numero e la gravità degli incidenti stradali ma che per tradurre questo concetto in cifre, in significatività statistica, sarebbe necessario impostare degli studi controllati su larga scala. C'è poi anche un altro problema, quello di distinguere tra autovelox 'fissi' e 'mobili' o anche 'nascosti' o 'evidenti', tutti fattori che impattano non poco sulla capacità persuasiva dello strumento, nei confronti degli automobilisti indisciplinati. Ma nonostante tutti questi distinguo, il dado sembra ormai tratto. E forse a qualcuno capiterà presto di incontrare dei ricercatori accanto alle pattuglie della Stradale, tutti presi ad annotare dati sull'efficacia degli autovelox.

(Fonte: *Effectiveness of speed cameras in preventing road traffic collisions and related casualties: systematic review. BMJ, doi: 10.1136/bmj.38324.646574.AE - 14 gennaio 2005*)



< Pubblicità >

INVESTIRE IN “COMMODITIES”

Il processo di finanziarizzazione dell'economia non ha risparmiato neppure le materie prime (in gergo “*commodities*”, in seguito MP), il “carburante” della nostra vita di tutti i giorni: non si tratta, ovviamente, soltanto di prodotti energetici (petrolio e gas naturale), ma anche di tutte le altre risorse naturali, dai metalli (preziosi: oro, argento, platino; ferrosi e non) fino ai prodotti agricoli (caffè, cacao, mais, carne di maiale,..).

Cosa significa negoziare in materie prime e perché molti analisti le vedono come il fenomeno speculativo dei prossimi 5-10 anni?

Negoziare in MP

Qualche lettore ricorderà una pellicola americana di una ventina di anni fa, in piena epopea “yuppie”, in cui i protagonisti (un affermato *broker* e uno scaltro neofita del mercato borsistico) sbancano la borsa di Philadelphia negoziando in *future* sul succo d'arancia e pancetta di maiale surgelata. Le nostre “*commodities*” sono proprio i *future*, ossia strumenti negoziabili che incorporano un impegno di acquisto o vendita, ad una data futura, di una certa quantità di un determinato bene ad un determinato prezzo. Se pensate che nel prossimo futuro il prezzo delle MP salirà, acquistate un *future*, ossia vi impegnate ad acquistare la MP sottostante ad un prezzo prestabilito, ad una data futura; se, successivamente, il prezzo della MP dovesse salire, chiudete la posizione vendendo il *future* e realizzando il guadagno. Non

Dai prodotti energetici alle risorse naturali, le materie prime, secondo alcuni analisti, rappresentano il fenomeno speculativo dei prossimi anni

di Simone Giovannelli



stenere la crescita, la Cina ha fatto letteralmente incetta di MP, creando uno squilibrio dal lato della domanda, che i più ottimisti si aspettano sia mantenuto anche nel medio termine.

In una fase in cui i rendimenti obbligazionari sono ai minimi, le quotazioni degli immobili hanno toccato livelli a dir poco speculativi e i mercati azionari sono in preda all'incertezza, non devono sorprendere i movimenti di tipo speculativo sui prezzi delle MP.

Commento

A mio avviso, occorre fare due considerazioni: 1. se è vero che i prezzi delle MP sono stati sostenuti principalmente dalla do-

preoccupatevi se non riuscite a chiudere la vostra posizione alla data di scadenza: a quel punto, ci penserà “d'ufficio” il vostro broker, evitando così di vedere la vostra casa invasa da carne congelata!

Le principali alternative ai future per investire comunque in MP sono le azioni o le quote di fondi azionari che investono in società del settore “risorse naturali”; le “*Commodity Linked Notes*” (obbligazioni legate al rendimento di una o più *commodities*); i *covered warrants* o gli ETF, indicizzati al rendimento dell'oro o del petrolio.

Il fenomeno commodities

La crescita dell'economia mondiale, il conflitto irakeno, la debolezza del dollaro e soprattutto la forte domanda proveniente dalla Cina hanno spinto le quotazioni delle MP verso i massimi degli ultimi 10 anni. Per so-

manda cinese, allora si sta scommettendo sulla Cina, e il nostro diventa un problema di “rischio paese”; 2. il risparmio è sempre alla ricerca di terreni inesplorati e i “pionieri” sono coloro che alla fine dei conti ne escono sempre con le tasche piene. Quelli che arrivano dopo, devono accontentarsi delle briciole, o peggio, uscirne con le ossa rotte. Vale la legge della concorrenza anche sui mercati finanziari: più un settore viene preso d'assalto, e più gli extra-profitti si assottigliano, fino a sparire del tutto. Se in molti si aspettano che i prezzi delle MP cresceranno, anche il *future* diventerà più caro, riducendo le opportunità di profitto o, peggio, innescando una parabola discendente dei prezzi. Non dimentichiamo che uno dei primi esempi di esplosione di una bolla speculativa *ante litteram*, ha riguardato i bulbi di tulipani....□

CHE COSA C'E DI NUOVO

Dalle sanzioni per i possessori di libretti al portatore con saldo superiore a 12.500 euro, al nuovo codice deontologico sui sistemi di informazioni creditizie

Libretti al portatore

Dal primo luglio 2005 i libretti al portatore con saldo superiore ai 12.500 euro subiranno delle pesanti sanzioni. Il decreto legislativo 56/2004 di attuazione della direttiva Ue sull'antiriciclaggio ha previsto per i libretti con saldo superiore ai 12.500 euro penali che vanno fino al 20% del saldo con deposito entro i 250.000 euro e dal 20 al 40% con saldo superiore.

I libretti al portatore sono strumenti di risparmio particolarmente utilizzati dai risparmiatori non più giovanissimi, specialmente nel sud. Secondo stime

non ufficiali, in tutta Italia sarebbero circa 18 milioni.

Le sanzioni sarebbero dovute scattare al 31 gennaio, ma il Consiglio dei Ministri, sentite le lamentele che si levavano da più parti sulla mancanza di una adeguata pubblicizzazione del decreto, ha ritenuto opportuno avvalersi di una proroga.

Chi non è ancora in linea con le disposizioni antiriciclaggio dovrebbe andare in banca entro il nuovo termine del 30 giugno per mettersi in regola. Le possibilità sono quattro: chiudere il libretto; portare il deposito entro i 12.500 euro incassando la somma eccedente; dividere la cifra su più libretti sotto il tetto fatidico; infine, convertire il vecchio saldo in titoli nominativi. Dal primo luglio

gli inadempienti non avranno scampo. Gli istituti di credito saranno tenuti a segnalare tutte le infrazioni, anche di coloro che non andranno agli sportelli. Questi libretti sono per natura anonimi, ma le banche hanno il dovere di identificare i portatori.

Le banche hanno 30 giorni di tempo per segnalare i libretti non in regola. Poi il Ministero dell'Economia entro altri 30 giorni invierà al librettista l'atto di contestazione dell'infrazione e quindi il provvedimento sanzionatorio. □

di Mauro Subrizi

Garanzie su mutui e rate

DLa dicitura "cattivo pagatore" è scomparsa con il 2004. Dal 1 gennaio di questo anno è entrato in vigore il nuovo codice deontologico sui sistemi di informazioni creditizie che regola e limita la tenuta dei dati del cliente di banche e finanziarie.

Il nuovo codice prevede più garanzie per chi chiede un mutuo, un prestito personale o un finanziamento per l'acquisto di beni di consumo. Alle nuove norme si dovranno attenere le attuali "centrali rischi": le banche dati che registrano le delicate informazioni sui consumatori che han-

no richiesto un prestito. Le società che le gestiscono, così come le banche, le società finanziarie e di leasing che le consultano, avranno tempo sino al 30 aprile per adeguarsi al nuovo codice. Le garanzie verranno anche estese, entro il 31 luglio, ai vecchi creditori.

Le novità assicurano maggiore trasparenza e più tutele per i clienti: la modulistica è stata resa più chiara e possono essere utilizzate solo informazioni relative al sistema creditizio. E le informazioni non possono essere usate per marketing o ricerche di mercato.

Ma il cambiamento più rilevante è quello che riguarda la segnalazione delle morosità: nel caso di un primo ritardo, la segnalazio-



ne può partire solo dopo 120 giorni dalla scadenza del pagamento, e nel caso di mancato versamento solo dopo quattro rate non regolarizzate. Le "sofferenze" regolarizzate dovranno essere cancellate dopo un anno (prima erano cinque) per ritardi fino a due rate, e dopo due anni per ritardi superiori. Le informazioni sugli inadempimenti potranno essere conservate fino a tre anni. □

< Pubblicità >

< Pubblicità >

Dall'Oriente con amore

di **Carolina Bosco Mastromarino**

La Soja è una pianta consigliata alle donne per prevenire il cancro al seno ed agli uomini per evitare problemi alla prostata

La Soja (dal suo nome giapponese shoyu) è di origine manciana ed è una pianta annua delle leguminose papilionaceae, spontanea in Giappone e in Cina, ma oggi coltivata, in centinaia di specie, in vari paesi, soprattutto negli Stati Uniti. Qui, infatti, sono stati ottenuti esemplari geneticamente modificati, divenuti pomo della discordia fra i Paesi favorevoli e quelli contrari a tale pratica. In Italia è coltivata sporadicamente come pianta da sovescio per rifornire il terreno di azoto organico, poiché, sulle sue radici, ospita colonie di batteri azofissatori che sono in grado di assorbire l'azoto atmosferico e trasformarlo in azoto organico. La soja ha fusti eretti e ramificati, completamente ricoperti di peli, ha foglie composte come quelle del fagiolo, fiori con corolla violacea o bianca e legumi lunghi anche 5 cm contenenti semi sferoidali dal diametro di 8 o 10 mm.

I semi sono una buona fonte di olio, di proteine, di carboidrati e di fosfatici: l'olio polinsaturo viene largamente usato come com-

mestibile e nell'industria; la farina di semi, residuata dall'estrazione dell'olio, si usa nell'alimentazione umana, nell'industria dolciaria e negli alimenti dietetici e come alimento per il bestiame, grazie al suo contenuto elevato di proteine.

In questi ultimi tempi la soja è stata oggetto di studi particolari e approfonditi. Gli studiosi, infatti, si sono resi conto che, non solo le donne cinesi e giapponesi non presentano i disturbi legati alla menopausa cui vanno soggette le donne occidentali, ma sono anche meno esposte al rischio di tumori al seno.

Inoltre, anche gli uomini asiatici presentano un apparato genito-urinario sano ed hanno un tasso di colesterolo inferiore rispetto agli uomini occidentali. Tutto



questo non è dovuto a fattori genetici, ma allo stile di vita e, in particolare, al tipo di alimentazione. Essi assumono la maggior parte delle proteine del loro fab-

bisogno dai legumi, soprattutto dalla soja, e non dalla carne.

Dalla Cina, nel VII sec. si diffuse in Giappone, mentre in Europa è arrivata mille anni dopo e agli inizi del XIX sec. si è cominciato a coltivarla anche negli Stati Uniti. Tuttavia solo nel XX sec. si è cominciato a utilizzarla per l'alimentazione umana e negli ultimi decenni i ricercatori hanno scoperto in questo legume una grande quantità di proprietà medicamentose, tanto che il suo consumo pare si stia diffondendo in misura esponenziale. I semi di soja sono i più ricchi di proteine, vitamine e sali minerali. Inoltre essi contengono degli importanti elementi fitochimici, come gli isoflavoni o fito estrogeni, che esercitano un'azione simile agli estrogeni, ma senza gli effetti collaterali di questi: favoriscono la mineralizzazione dello scheletro, prevengono l'arteriosclerosi e pare che siano anche dei potenti antiossidanti. I fitosteroli, presenti nella soja, impediscono l'assorbimento del colesterolo contenuto negli alimenti. Nella soja sono presenti, però, anche dei fattori tossici: gli inibitori delle proteasi, che, comunque, possono essere

ridotti con l'ammollo, la fermentazione e la cottura. Questi fattori sono dei potenti anti cancerogeni. La soja contiene anche acido folico che, pur ostacolando in parte l'assorbimento del ferro, neutralizza le sostanze cancerogene ingerite con gli alimenti. Inoltre sono presenti anche saponine anticancerogene che riducono l'assorbimento del colesterolo, aumentando l'eliminazione degli acidi biliari, precursori di esso.

E' consigliato l'uso della soja alle donne per prevenire il cancro al seno e agli uomini per prevenire il cancro alla prostata poiché, a differenza degli estrogeni, non ha effetto femminilizzante e inoltre previene anche l'infarto al miocardio. □

CANDIDI PETALI E FRUTTI PROFUMATI

Giovanni Pascoli che "canta" il biancospino ed un medico che ricorda una pianta della sua gioventù. Anche questo ci fornisce la natura, un legame tra il passato e il presente.

di Diana Geraldini

IL VESTITO DI VALENTINO

"O Valentino vestito di nuovo come le brocche del biancospino". Così si esprimeva Giovanni Pascoli per mettere in risalto le lindezze dell'abbigliamento del contadino dei "Canti di Castelvecchio". Un riferimento, quello del Poeta, che meglio non si poteva attagliare dato il candore di questo semplice ma suggestivo fiore. Il biancospino nasce spontaneo nelle campagne di tutta la penisola sino ad una altitudine di poco più di mille metri. Si tratta di cespugli anche di notevole altezza, dai fitti rami contorti pieni di pericolose spine. Per questa sua caratteristica un tempo i contadini lo utilizzavano per marcare i confini dei loro poderi, sicuri che animali indesiderati ed anche persone non avrebbero tanto facilmente superato la barriera naturale. Proprio in questo periodo il biancospino si riempie di vistose ed abbondanti infiorescenze candide (le brocche del Pascoli) che in autunno si trasformano in piccole bacche dal colore rosso acceso considerate dagli uccelli vere e proprie ghiottenerie. Ecco perché per vedere merli, cinciallegre pettirossi banchettare con i vari vermigli frutti molti desiderano avere almeno una di queste piante nel proprio giardino. Esistono due tipi principali di biancospino. Il più diffuso è il "Crataegus monogyna" che può raggiungere un'altezza di qualche metro e cresce nei nostri

boschi o ai margini di essi, ma anche il "Crataegus oxyacantha" lo si trova un po' dappertutto ed è maggiormente adatto, come si è accennato, per formare fitte siepi. Se volete anche voi possedere un biancospino il mezzo più semplice è quello di fare una gita in campagna, trovare un luogo dove crescere questo cespuglio, sradicare dalla terra un piccolo esemplare per poi trapiantarlo in un luogo prescelto. Sono piante rustiche che stanno bene sia al sole sia a mezz'ombra e non hanno bisogno di particolari cure: una leggera potatura e una manciata di concime organico in primavera. Quanto all'acqua, infine, non temono la siccità.

IL TEMPO DELLE MELE

Un medico ci ha telefonato ricordando che quand'era bambino, "tanti anni fa", andava a trovare dei parenti in un paese dell'Umbria chiamato Cocciano e nel loro orto raccoglieva delle gustose mele. "Erano piccole rosse e profumate" rammenta il medico ed ha aggiunto che "al loro confronto quelle "moderne" sanno tutt'al più di acqua zuccherata". Poiché possiede una casa in campagna il nostro ci ha chiesto se sia possibile rintracciare un albero di quel tipo di mele per piantarlo nel suo terreno. Con i pochi dati che ci ha fornito è stato alquanto difficile risalire al melo della sua infanzia, anche perché la località da lui indica-

ta più che un paese è un semplice borgo. Tuttavia ci siamo riusciti, identificando il posto e rivolgendosi ad un vivaista della zona in cui vivevano i parenti del medico, ottenendo preziose informazioni. Ci ha spiegato che effettivamente tanti anni fa cresceva nel territorio un melo dai frutti rossi, non molto grandi, ma profumati e saporitissimi. I locali chiamavano quelle mele "Coccianesi", nome che derivava per l'appunto dalla zona in cui allignava l'albero. Oggi, ha aggiunto il vivaista, è ancora possibile trovare allo stato spontaneo qualche raro esemplare del genere, come pure è possibile scoprire superstiti di peri selvatici, abbandonati e mal ridotti che danno pochi frutti per di più solitamente ammalati. Però la speranza di recuperarli esiste: all'epoca delle fruttificazione basta andare in quella parte dell'Umbria alla ricerca di un albero che produca quel tipo di mele (si riconosce soprattutto dal tronco e dai rami contorti di un marrone molto scuro), tagliare con cura un getto sano e di recente nascita con all'apice una bella gemma e creare una talea pestando con delicatezza il fondo del gambo, spolverandolo con un ormone che favorisca la nascita di radici (il prodotto si trova in commercio nei migliori garden-center) e interrando in un vaso colmo di una composta leggera, formata da una parte di terra, da una di sabbia e da una terza di torba. La piantina sarà innaffiata moderatamente e senza che si formino ristagni d'acqua. □



< Pubblicità >

< Pubblicità >

< Pubblicità >

< Pubblicità >



RIMBORSI CHILOMETRICI E TRATTENUTE IRPEF

Caro Presidente,
come noto anche in rapporto ai precedenti quesiti dei colleghi dott. X. e dott. Y., l'ASL di X ha provveduto circa un anno fa, con effetto retroattivo dall'1.1.03, a praticare le trattenute IRPEF sui rimborsi chilometrici relativi agli accessi degli Specialisti Ambulatoriali. Il sottoscritto dr. X. Y. Specialista Ambulatoriale pneumologo a tempo indeterminato presso l'ASL, chiede se tale indennità debba essere ora assoggettata a contribuzione ENPAM. In attesa di una risposta in merito ti ringrazio e ti saluto cordialmente.

(Lettera firmata)

Caro collega,
in esito al quesito da te posto, circa l'assoggettamento a contribuzione Enpam del rimborso delle spese di accesso, di cui all'art. 35 del vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni (D.P.R. 28 luglio 2000, n. 271), ti rendo noto quanto segue.

La posizione della Fondazione su questo argomento, già espressa nella mia nota prot. n. 600/Pres del 7 luglio 2004, è quella di una piena equiparazione fra imponibile fiscale ed imponibile previdenziale per i redditi da convenzione e accreditamento. Tale principio, già peraltro rinvenibile nell'art. 2, comma 29 della legge 335/95 e nei relativi decreti attuativi, viene compiutamente espresso nell'art. 6, comma 2 del Decreto Legislativo 2 settembre 1997, n. 314.

La norma citata, infatti, recita testualmente che "Per il calcolo dei contributi di previdenza e assistenza sociale si applicano le disposizioni contenute nell'art. 48 del Testo Unico delle imposte sui redditi", laddove si specifica che "il reddito di lavoro dipendente è costituito da tutte le somme e i valori in genere, a qualunque titolo percepiti nel periodo d'imposta... in relazione al rapporto di lavoro".

Nello specifico della voce retributiva in contestazione,

l'Agenzia delle Entrate, a proposito del trattamento tributario delle indennità e dei rimborsi spese (come appunto i rimborsi chilometrici), ha avuto modo recentemente di ribadire che "i rimborsi e le indennità che concorrono alla formazione del reddito imponibile a fini fiscali andranno assoggettati anche a contribuzione previdenziale. Pertanto, il datore di lavoro sarà tenuto ad effettuare le relative trattenute e versamenti, come richiesto dalla normativa in materia" (FiscoOggi 25.8.2004). Tale impostazione risulta altresì ulteriormente confermata dalla ormai consolidata assimilazione dei redditi degli specialisti ambulatoriali ai redditi da lavoro dipendente. Alla luce di quanto sopra esposto, ti confermo pertanto l'obbligo di determinare la contribuzione previdenziale in favore dei professionisti iscritti ai Fondi Enpam su tutte le voci di compenso previste dagli Accordi convenzionali pro tempore vigenti, ivi compreso, in particolare, il rimborso ex art. 35 del D.P.R. 271/2000.

Ricambio i tuoi saluti con la più viva cordialità.

Eolo Parodi



VOGLIAMO CHIAMARLA PICCOLA ELEMOSINA?

Caro Presidente,
sono in pensione da molti anni e oltre alla pensione dall'INPDAP per il servizio prestato come medico ospedaliero mi viene accreditata dall'Enpam una "pensione" (sarebbe meglio chiamarla piccola elemosina) di circa euro 80,00 (ottanta) mensili. Sono per mia natura ottimista ed ho una spiccata fiducia nel prossimo. Tale fiducia aumenta notevolmente quando il mio rapporto è con un Ente, come l'ENPAM, di indiscussa serietà e precisione. Pertanto ho accettato queste condizioni senza discutere. Tuttavia ogni tanto affiorava un dubbio. Che non vi sia un involontario errore? Ma intanto passavano gli anni. Ora, meglio tardi che mai, mi sono deciso a chiedere qualche spiegazione. Gradirei una cortese risposta. Cordiali saluti.

(Lettera firmata)

Caro collega,
in seguito alle opportune verifiche esperite dal competente ufficio della Fondazione, ti informo che la pensione erogata in tuo favore a carico del Fondo Generale Quota "A" è stata correttamente determinata sulla base dei contributi minimi obbligatori versati tramite i ruoli esattoriali.

Tali contributi, nel periodo in cui tu sei stato tenuto al versamento, erano di importo assai modesto; inoltre, la tua opzione per la contribuzione in misura ridotta, in quanto medico ospedaliero dipendente, ha ulteriormente concorso a registrare un accredito contributivo di scarsa rilevanza sulla tua posizione previdenziale. Conseguentemente il trattamento pensionistico, determinato in applicazione delle disposizioni regolamentari, è risultato di im-

porto decisamente contenuto.

In dettaglio il totale dei contributi versati alla gestione è stato pari a circa euro 4.127,00=, mentre la tua pensione è attualmente di importo lordo mensile pari ad euro 149,64=. Pertanto, considerando ininfluenti sia il beneficio fiscale costituito dalla deduzione dei contributi obbligatori, sia l'incidenza del prelievo tributario sulla pensione, può affermarsi che tu abbia recuperato i versamenti effettuati in 3/4 annualità di pensione.

Il trattamento pensionistico è, comunque, soggetto ad una rivalutazione annuale nella misura del 75% dell'incremento fatto registrare nell'anno precedente dal numero indice dei "prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" elaborato dall'ISTAT.

I saluti più cordiali.

E.P.



TI PREGO, ABOLIAMO LE PENALIZZAZIONI

Caro Presidente,

con la presente ti chiedo alcune delucidazioni su una norma pensionistica Enpam che ho appreso di recente e cioè che nonostante il raggiungimento di 40 anni di contribuzione effettiva o con i riscatti, l'Enpam applica delle penalizzazioni secondo l'età dell'iscritto e secondo gli anni che lo separano dal raggiungimento dei 65 anni. Credo che l'unico Ente che applica questa norma restrittiva sia l'Enpam. Tutti gli altri Enti Mutualistici, anche alla luce delle recenti riforme più restrittive, quando l'iscritto ha raggiunto i 40 di contribuzione effettiva o con i riscatti, non applicano alcuna penalizzazione indipendentemente dall'età in cui questo avviene. D'altra parte penso che questa norma rappresenta un pessimo biglietto da visita per il nostro Ente, lo differenzia in negativo rispetto a tutti gli altri Enti e scoraggia quanti da altri Enti attraverso ricongiunzioni e riscatti vogliono confluire nell'ENPAM. Oltretutto credo che anche da un punto di vista di equilibrio finanziario dell'Ente questa norma serva a poco, in quanto considerato che un medico, se è fortunato entra nel mondo del lavoro a trenta anni e quindi matura a 70 anni i 40 anni di contributi. Anche se riscatta la laurea, maturerà la pensione a 64 anni e pertanto ciò non rappresenta un grosso problema per l'Ente erogatore della pensione. Penso pertanto che sarebbe opportuno procedere all'abolizione di ogni penalizzazione per chi ha maturato 40 anni di contributi, mantenendo invece le penalizzazioni per chi usufruisce delle pensioni di anzianità, con contribuzioni inferiori ai 40 anni. Sono iscritto al Fondo medici Specialisti Convenzionati esterni ed a tale scopo ti prego di farmi effettuare dagli uffici competenti un conteggio approssimativo della pensione che percepirei nell'aprile 2005 quando raggiungerò i 40 anni di contribuzione e di inviarmelo cortesemente.

Un caro saluto

(Lettera firmata)

Caro collega,

presso il Fondo Medici Specialisti Esterni risultano versati in tuo favore contributi previdenziali pari a euro 136.707,66, dal 1975 al 2004.

Pertanto, tenuto conto dei 10 anni da te riscattati, nel settembre 2004 hai maturato i requisiti - 58 anni di età, 35 anni di contribuzione e 30 anni di anzianità di laurea - che Ti consentiranno di accedere al trattamento previdenziale di anzianità a partire dal 1° aprile 2005, come stabilito dalla legge 449/1997.

Ti faccio presente, invece, che i 40 anni di anzianità contributiva saranno da te raggiunti solo nell'aprile 2006, in quanto da un'analisi della tua posizione contributiva è emerso che nell'anno 2002 si è verificata un'interruzione nella contribuzione.

Dal momento che nella tua comunicazione non hai specificato la tua appartenenza alla categoria della branca a visita o a prestazione e che per le due fattispecie esistono aliquote contributive differenti, gli uffici competenti dell'Ente hanno provveduto ad effettuare entrambe le ipotesi di pensione.

Pertanto, a decorrere dalla data suindicata, nel caso tu appartenessi alla branca a visita avresti diritto ad una pensione di anzianità pari a circa euro 28.900,00 annua lorda; qualora tu invece fossi medico specialista esterno della branca a prestazione avresti diritto ad un trattamento di circa euro 27.600,00 annui lordi.

Ti faccio presente, infine, che la pensione di anzianità si determina con le stesse modalità di calcolo della pensione di vecchiaia, ma l'importo della prestazione che tu avresti maturato al 65° anno di età, viene ridotto in base ad un'aliquota riferita all'età in cui vengono raggiunti i requisiti sopra elencati e quindi anche in presenza di un'anzianità contributiva pari a 40 anni.

L'applicazione da parte dell'Ente di coefficienti di riduzione o di maggiorazione legati all'età del sanitario trova la sua ratio nella inderogabile esigenza di assicurare un equilibrato andamento del bilancio dell'Ente. La gestione degli Enti di previdenza deve essere, infatti, condotta in modo da assicurare l'equilibrio finanziario fra le entrate e le uscite.

L'attuazione di penalizzazioni sui trattamenti di anzianità trova, peraltro, costante riscontro, anche se con diverse ed a volte più pesanti peculiarità, presso altre gestioni previdenziali pubbliche e private.

Pertanto, considerato che la pensione di anzianità permette al sanitario di godere di una rendita prima del compimento del 65° anno di età, si è reso necessario, sulla base di studi attuariali sugli indici di mortalità elaborati dall'Istat, elaborare i suddetti coefficienti di riduzione, così come sono previsti, per i soggetti che proseguono l'attività oltre il 65° anno di età, quelli di maggiorazione della prestazione.

Confidando di aver soddisfatto le tue richieste, ti invio cari saluti.

E.P.



SPECIALIZZANDI: FACCIAMO IL PUNTO DELLA SITUAZIONE

a cura dell'Avv. Pasquale Dui (*)

Una sentenza della Corte di Giustizia Europea, datata 1987, ha determinato una svolta sostanziale per i "medici in formazione". Lo stato dell'arte

Le cause promosse dai medici specializzandi fanno leva sulla diretta applicabilità di una Direttiva Comunitaria - che riconosce il diritto del "medico in formazione" ad un'adeguata remunerazione del proprio periodo di specializzazione - e sul mancato (o ritardato) adeguamento ad essa da parte dello stato italiano.

Il 16 giugno 1975 sono state emanate due direttive: la n. 362 - avente ad oggetto il reciproco riconoscimento dei diplomi, certificati e altri titoli di medico, oltre a misure destinate ad agevolare l'effettivo esercizio del diritto di stabilimento e di libera prestazione di servizi - e la n. 363, intesa al coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative attinenti alle attività di medico.

L'Italia ha dato attuazione alle due direttive con la legge 217/1978.

Nel 1982, però, entrambi i provvedimenti sono stati modificati dalla direttiva n. 82/76, intesa a garantire un'adeguata remunerazione ai medici specializzandi sia nel corso della formazione

a tempo pieno sia per quella a tempo ridotto.

Con sentenza 7 luglio 1987 la Corte di giustizia europea ha dichiarato che la Repubblica italiana, non avendo adottato nel termine prescritto le disposizioni necessarie per conformarsi

alla direttiva 82/76, è venuta meno agli obblighi ad essa incombenti in forza del Trattato CEE.

A seguito di tale sentenza la suddetta direttiva è stata recepita nel nostro ordinamento con d.lgs 257/1991.

Questo decreto, però, ha previsto una borsa di studio a favore degli ammessi alle scuole di specializzazione, ma ne ha limitato la corresponsione ai soli medici iscritti alle scuole di specializzazione a partire dall'a.a. 1991/92.

E' seguito nel corso degli anni, un contenzioso di ampie proporzioni, sia dinanzi ai giudici ordinari (es. Tribunali) che ai giudici amministrativi (es. T.A.R. e Consiglio di Stato), finalizzato al riconoscimento della remunerazione in favore degli specializzandi immatricolati prima dell'a.a. 1991-92.

Svariate pronunce del T.A.R. del Lazio, avallate dal Consiglio di Stato hanno riconosciuto la necessità che il giudice nazionale disapplichi il d.lgs. 257/1991, nella parte in cui riserva l'applicazione dell'ordinamento comunitario ai soli medici ammessi alle scuole di specializzazione nell'a.a. 1991/1992, lasciando sopravvivere il precedente regime per le specializzazioni già in corso.

Successivamente, l'art. 37 d. lgs. 368/99 ha previsto la stipulazione di un contratto di formazione e lavoro con Università e Regioni.

All'atto dell'iscrizione alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia, il medico stipula un contratto di formazione e lavoro, finalizzato all'acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista, che contempla un'adeguata retribuzione per tutta la sua durata.

Va detto, però, che ad oggi e fino al 2006 non sono previsti stanziamenti per i predetti contratti, che, con la riforma del mercato del lavoro, trovano applicazione esclusivamente per i dipendenti pubblici. □

(*) del Foro di Milano



Spulciando qua e là

di Franziska Steno



Siracusa - Italia

Un morso a un braccio e un pizzicotto sul collo sono costati 608 euro di multa a M.C., 38 anni. A denunciarla quattro anni fa il primo figlio che di anni ne aveva 14.

Stanco dei metodi educativi, chiamò il Telefono Azzurro. Munito di particolareggiate istruzioni si presentò all'Ufficio minori della polizia di Siracusa. Descrisse puntigliosamente l'ultimo intervento materno, che esercitava con la stessa durezza la sua potestà sulla figlia più piccola. Lenta, la pratica è andata avanti sino alla sentenza. M.C. ha patteggiato 16 giorni di carcere. Una scelta ragionevole, secondo il suo avvocato che l'ha anche convinta a convertire la detenzione in multa. Non si sa come l'argomento sia stato affrontato in casa.

Chi mena per primo mena due volte.

Alfredo Panzini - "Il padrone sono me"



Roma - Italia

I nomadi tentano di rovinargli la vacanza romana, i carabinieri ci mettono una pezza e gli danno il benvenuto. Vittima "eccellente" delle numerose borseggiatrici che pullulano in centro storico stavolta è stato nientemeno che un poliziotto di Scotland Yard. L'uomo, in ferie nella Città Eterna, in compagnia di tre connazionali, è stato alleggerito del suo pingue portafogli dalla solita banda di ragazze. Una tredicenne, l'altra quindicenne incinta all'ottavo mese, si sono avvicinate ai quattro inglesi e, mentre fingevano di chiedere l'elemosina, una di loro, con abilità, ha infilato la mano nella tasca del giubbotto del poliziotto inglese e ha estratto, senza che se ne accorgesse, il portafogli. Le due si sono subito allontanate ma nel fuggire sono finite tra le braccia di due militari che si erano invece accorti dell'accaduto. I carabinieri hanno così restituito il portafogli al collega britannico, con all'interno il distintivo di riconoscimento della polizia di Scotland Yard.

Se non ci fossero le ragazze la vita sarebbe orribile.

Ercole Patti - "Quartieri alti"



Genova - Italia

Immortalata dalle telecamere a circuito chiuso, inseguita da mezzo paese, al centro di un'indagine dei carabinieri. Giovanna C. è stata sicuramente la ladra d'auto più ricercata della storia di Bogliasco (Genova) oltre che la più sfortunata, visto che la sua fuga è durata meno di dodici ore. Giusto il tempo di scoprire che l'ottantenne signora Giovanna non ha affatto rubato una vettura, semplicemente ha messo in moto quella sbagliata, talmente simile alla sua da non accorgersi dello scambio. "Scusatemi, sono anziana e mi sono distratta", ha raccontato la "ladra" inconsapevole ai carabinieri. La donna, naturalmente, ha restituito le chiavi dell'auto che tra l'altro è di proprietà del vice-sindaco.

La signora Giovanna poi è tornata sul "luogo del delitto" dove ha ritirato la sua vettura che aveva distrattamente, posteggiato in divieto di sosta. Non c'era la multa.

La vicenda che ha messo in allarme il paese s'è conclusa tra le inevitabili risate.

Ci sono tempi in cui i Catoni sono detti ladri, ed altri in cui anche i ladri sono detti eroi.

Settembrini - "Ricordanze della mia vita"



Nuova Delhi - India

Cinque sorelle di età compresa tra i 25 e i 40 anni si sono suicidate in India gettandosi in mare in seguito alla morte del padre, Pragada Appa Rao, 68 anni, deceduto per cause naturali. Le donne si sono uccise nel villaggio costiero di Rentakota, nello stato di Andhra Pradesh, nel sud del Paese. La moglie di Rao Ramanamma, che si era gettata in mare con le figlie, è stata salvata da alcuni pescatori. Il padre era l'unica fonte di sostentamento della famiglia.

Non che il suicidio sia sempre follia. Ma, in generale, non è in un eccesso di ragione che ci si ammazza"

Voltaire - "Lettera a Mariort"



Zurigo - Svizzera

Un guasto informatico nella cabina di comando della stazione centrale di Zurigo ha gettato nel caos per una mattinata la rete ferroviaria svizzera. La tratta Zurigo-Thalwil è rimasta bloccata per ore, provocando l'interruzione dei collegamenti con Coira e ha avuto ripercussioni su quelli con Lucerna e il San Gottardo. Migliaia di perdolari sono rimasti bloccati o sono arrivati al lavoro con ore di ritardo. Il guasto informatico è cominciato alle 8,40. Le cause esatte non sono ancora chiare, ma è stato appurato che lavori effettuati sul sistema dei dati delle Ferrovie elvetiche hanno messo fuori uso i computer.

...tenete per voi il vostro Byron che commenta le disfatte degli uomini. Io verserò lacrime d'orgoglio leggendo l'orario delle ferrovie.

G.K. Chesterton. Citazione di Emilio Cecchi

ORGANI COLLEGIALI

PRESIDENTE

Prof. Eolo PARODI,
Vice Presidente Vicario Prof. Angelo PIZZINI - Vice Presidente Dott. Giovanni Pietro MALAGNINO

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

On. Prof. Eolo PARODI (Presidente)
Prof. Angelo PIZZINI (Vice Presidente) - Dott. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente), Dott. Vittorio ANGELINI, Dott. Ignazio BASILE, Dott. Mario BRACONI, Prof. Maurizio DALLOCCIO, Prof. Salvatore SCIACCHITANO, Dott. Giuseppe DEL BARONE, Dott. Mario FALCONI, Prof. Aurelio GRASSO, Dott. Arcangelo LACAGNINA, Dott. Francesco LOSURDO, Dott. Giovanni DE SIMONE, Dott. Benito MELEDANDRI, Dott. Giuseppe MENNELLA, Dott. Giuseppe GRECO, Dott. Alberto OLIVETI, Dott. Paolo ORIANA, Dott. Luigi PEPE, Prof. Marco PERELLI ERCOLINI, Dott. Nunzio ROMEO, Dott. Gian Mario SANTAMARIA, Dott. Vincenzo SCARPINO, Geom. Carlo SFRISI, Dott. Alberto VOLPONI.

COMITATO ESECUTIVO

On. Prof. Eolo PARODI (Presidente) - Prof. Angelo PIZZINI (Vice Presidente) - Dott. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente), Dott. Mario FALCONI, Dott. Benito MELEDANDRI, Dott. Alberto OLIVETI, Dott. Paolo ORIANA, Dott. Alberto VOLPONI.

COLLEGIO SINDACALE

Membri effettivi: Ugo Venanzio GASPARI (Presidente)
Dott. Vittorio CERRACCHIO, Dott. Francesco NOCE, D.ssa Caterina PIZZUTELLI, Dott. Francesco VINCI - Membri supplenti: Dr.ssa Antonella DI MODUGNO, Dott. Marco GIONCADA, Dott. Giancarlo MARINANGELI, Dott.ssa Doriana ROSSINI CUPELLINI, Dott. Angelo SABANI.

STRUTTURA ENPAM

Direttore Generale:
Dr. Leonardo Zongoli

ENPAM: CENTRALINO - Tel. 06482941
(30 Linee)

UFFICIO INFORMAZIONI PREVIDENZIALI
Via Torino 100 - Tel. 0648294907
Fax 0648294859

ORGANI COLLEGIALI E DIREZIONE
GENERALE
Segreteria Direzione Generale -
Tel. 0648294226 - Fax 0648294345;
E-Mail: Direzione@Enpam.it
Ufficio Liquidazioni Diarie E Rimborsi Spesa -
Tel. 0648294279/340
Fax 0648294291

RAMO PROFESSIONALE LEGALE
Segreteria - tel. 0648294214
fax 0648294296

RAMO PROFESSIONALE TECNICO EDILIZIO
Segreteria - tel. 0648294540
fax 0648294306

DIPARTIMENTO DELLE PREVIDENZE
Segreteria direzione - tel. 0648294660
fax 0648294722 - e-mail:
previdenze@enpam.it

SERVIZIO CONTRIBUTI MINIMI
DEL FONDO GENERALE
tel. 0648294901 - fax 0648294768

SERVIZIO CONTRIBUTI PROPORZIONALI
DEL FONDO GENERALE
tel. 0648294951 - fax 0648294922

SERVIZIO PRESTAZIONI
DEL FONDO GENERALE
tel. 0648294642 - fax 0648294648
PENSIONI ORDINARIE E INVALIDITÀ
tel. 0648294917

PENSIONI DI REVERSIBILITÀ - tel. 0648294916
ASSISTENZA - tel. 0648294918

PENSIONI INDIRETTE ORFANI E INTEGRAZIONE AL MINIMO

tel. 0648294919
MATERNITÀ - tel. 0648294920

SERVIZIO CONTRIBUTI FONDI SPECIALI
tel. 0648294678 - fax 0648294725
POSIZIONI CONTRIBUTIVE - tel. 0648294905
RISCONTI E RICONGIUNZIONI - tel. 0648294904
RISCOSSIONI - tel. 0648294906

SERVIZIO PRESTAZIONI FONDI SPECIALI
tel. 0648294706 - fax 0648294658
PENSIONI ORDINARIE - tel. 0648294908
CONGUAGLI - tel. 0648294910
PRESTAZIONI A SUPERSTITI - tel. 0648294909
INVALIDITÀ TEMPORANEA - tel. 0648294911

SERVIZIO CONTABILITÀ E GESTIONE
DELLE ENTRATE E USCITE
tel. 064824709 - fax 0648294772

DIPARTIMENTO DEGLI AFFARI GENERALI
Segreteria direzione - tel. 0648294310
fax 0648294253

DIPARTIMENTO ELABORAZIONE DATI
Segreteria direzione - tel. 0648294494
fax 0648294405
e-mail: aed@enpam.it

DIPARTIMENTO DEL PERSONALE
Segreteria direzione -
tel. 0648294247 - fax 0648294263

DIPARTIMENTO DEL PATRIMONIO
Segreteria direzione -
tel. 0648294536
fax 0648294361

DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA
Segreteria direzione - tel. 0648294228
fax 0648294319

DIPARTIMENTO DELL' INNOVAZIONE
Segreteria direzione - tel. 0648294532/308
fax 0648294339

CENTRO STUDI E DOCUMENTAZIONE
tel. 0648294379 - fax 0648294851
e-mail: csd@enpam.it

Registrazione Tribunale di Roma n. 348/99 del 23 luglio 1999

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI PERIODICO INFORMATIVO DELLA FONDAZIONE ENPAM

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

Redazione: Via Torino, 38 - 00184 Roma

Editore: Fondazione ENPAM

Foto: Archivio Enpam

Stampa: Grafica Editoriale Printing srl
Via Enrico Mattei, 106 - 40138 Bologna
Tel. 051 536530 - Fax 051 536528

email: venditalia@grafprint.it

"Stampato su carta R6 BRIGHT prodotta dalle cartiere BURGO"

"L'autore è a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare, nonché per eventuali omissioni o inesattezze delle fonti delle immagini riprodotte nel presente numero".

Concessionaria Pubblicità

S.P.E. Società Pubblicità Editoriale spa
Viale Milanofiori str.3 - PAL.B/10 - 20090 Assago (MI)

Tel. 02 575771 - Fax 02/57577364

Via Enrico Mattei, 106 - 40138 Bologna

Tel. 051 6033900 - Fax 051 6033907

In collaborazione con

CONTRACTA srl

Via Simone d'Orsenigo, 21 - 20135 Milano

Tel. 02 55 195 259 - Fax . 02 55 017 411

MENSILE - ANNO VII - N. 2 DEL 25/02/2005
COPIE 400.000

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

Via Torino, 38 - 00184 Roma

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Tel. 06 48294814 - Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermoni

studio.sermoni@email.it

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Sig.ra Paola: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

Sig.ra Alessia: tel. 06 48294887 - Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Sig.ra Angela: tel. 06 48294890

email: a.maragno@enpam.it