

IL GIORNALE DELLA **Previdenza** dei Medici e degli Odontoiatri



La cagnolina N° 33 tra Frederick Banting (a destra) e Charles Best, due degli scopritori dell'insulina

EDITORIALE

Il problema
dei problemi

3

FONDAZIONE

Politica seria
e tutela degli iscritti

4

QUOTA "A"

Contributi
per il 2007

6

PREVIDENZA

Calcolo
dei trattamenti

12

ACCOGLIENZA
TELEFONICA

tel. 06 4829.4829

18



CUD 2007 nell'area riservata

www.enpam.it

*I CUD 2007 sono disponibili
a partire dal 15 marzo 2007
per i pensionati iscritti al portale.*

Nell'area riservata del portale ENPAM
è possibile visualizzare, stampare
e salvare sul proprio computer
i certificati fiscali (CUD 2007)
relativi alle pensioni percepite
nell'anno 2006.



E.N.P.A.M.

Al servizio degli iscritti

Se ci vuoi leggere su Internet clicca su
www.enpam.it

Per informazioni:

tel. 06 48294258/814/534/513/890

IL GIORNALE DELLA
Previdenza
dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

- | | | | |
|--------------|---|--------------|-------------------------------------|
| 3 | Il problema dei problemi | 33-39 | Congressi, convegni, corsi |
| 4-5 | Previdenza e non solo | 40-41 | Stress e ginecologia |
| 6 | Riscossione contributi Quota A | 42-43 | Viaggi: Patagonia e Terra del fuoco |
| 7 | Polizza Sanitaria | 44-45 | Le recensioni |
| 8-9 | Autonomia ed equilibrio per difendere l'Enpam | 46-47 | Vita degli Ordini |
| 10 | Servizi integrativi | 48-49 | Iniziative sanitarie regionali |
| 12-16 | Fondi e calcolo dei trattamenti | 50-51 | Laveran, Nobel per la medicina |
| 18-19 | Servizio accoglienza telefonica | 52-53 | Società: chi educa i giovani? |
| 20-21 | Pensando al futuro con preoccupazione | 54 | Mostre ed esposizioni in Italia |
| 22-23 | L'intervista/1: "Overland for smile" | 55 | Storie di Papi in mostra |
| 24-25 | L'intervista/2: chirurgia d'avanguardia | 56 | Cinema: il sarto |
| 26-27 | Celiachia, diagnosi e progressi | 57 | Musica: The Beatles |
| 28-29 | Medici volontari in Africa | 58-59 | Malattie e lavoro |
| 30 | Accadde a... Marzo | 60-61 | Lettere al Presidente |
| 31 | Nessun allarme per gli ambulatoriali | 62 | Filatelìa |
| 32 | La peste è ancora tra noi | 63 | L'Avvocato |
| | | 64 | Acqua: Giornata mondiale |



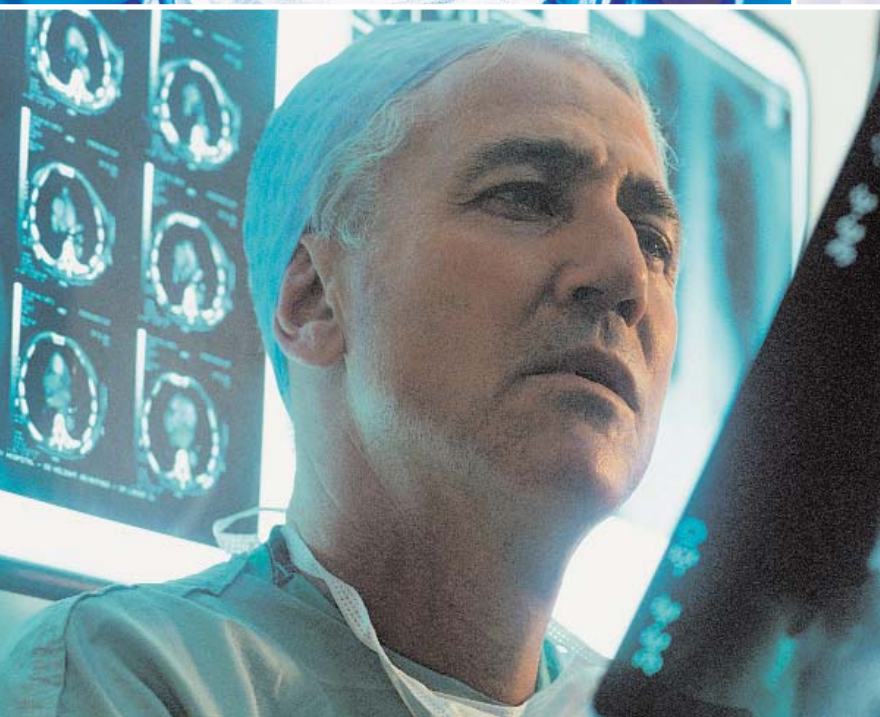
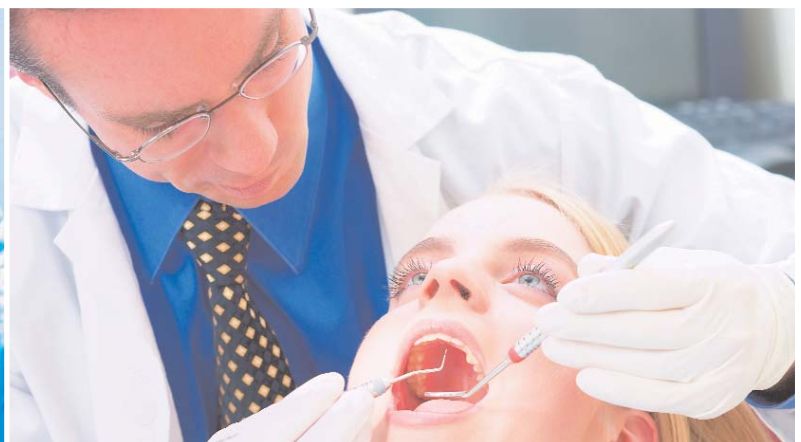
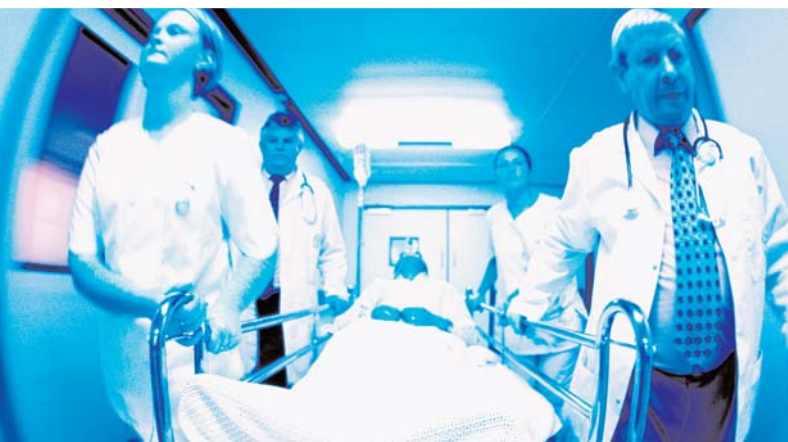
La foto di copertina

L'esistenza nel pancreas d'una secrezione interna glico-regolatrice già dimostrata dalle esperienze di J. V. Mehring e O. Minkowski, trovò la sua riprova nell'isolamento dell'ormone per opera di F. G. Banting, C. H. Best, J. Collip, J. R. Macleod che lo chiamarono insulina procurato, originariamente, dal pancreas di animali.

Alle ore 10 del 27 luglio 1921, Banting e Best somministrarono alla cagnetta, precedentemente resa diabetica mediante pancreatectomia, una dose dell'insulina da loro estratta in quei giorni dalle isole di Langerhans. Il piccolo animale si risvegliò prontamente dal coma diabetico e cominciò a scodinzolare allegrementemente per il laboratorio. Subito dopo fu trattato con insulina il primo essere umano, il medico Joe Gilchrist, anch'egli diabetico. Per la scoperta dell'insulina (originalmente chiamata isletina) il premio Nobel 1923 per la Medicina fu assegnato a Banting e a Macleod, direttore dell'Istituto di Torno in cui la scoperta era avvenuta.



FONDAZIONE E.N.P.A.M. **70 anni al servizio dei medici e degli odontoiatri italiani**



Al servizio degli iscritti



Il problema dei problemi

di Eolo Parodi

La previdenza, il suo essere o non essere, il presente ed il futuro, il lungo percorso “ad ostacoli”, mi obbligano a fare un momento di riflessione sul tema che non è solo istituzionale ma esistenziale dell’Enpam.

Spesso ci si dimentica che dall’esterno possono concretizzarsi iniziative per distruggerci. Al di là delle opinioni di ciascuno di voi, politicamente, aver ceduto sul problema Onaosi, ci porta a riflettere che quello è un segnale di sconfitta.

Bisogna muoversi per difendere i punti fondamentali che garantiscono la nostra esistenza. Bisogna muoversi velocemente, non solo noi, ma tutti insieme, dalla Fnomceo ai sindacati. Bisogna dichiarare, immediatamente, lo stato di agitazione e ribellione dell’intera categoria. Non possiamo rimanere soli, né minimizzare i segnali che provengono

dall’esterno ed anche dall’interno. Dobbiamo svegliarci e presto.

Non esiste una crisi di sfiducia nei nostri confronti. Per questo desidero toccare alcuni punti salienti del nostro futuro.

Negli ultimi mesi dell’anno abbiamo il riscontro lusinghiero che sempre più i medici hanno ritenuto opportuno incrementare la propria pensione investendo ingenti risorse nell’istituto del riscatto dei Fondi Enpam. Questo notevole segnale di fiducia ci conferma l’esigenza strategica per la Fondazione di mettere la Previdenza al centro di ogni sua attività progettuale.

Per ogni generazione successiva va perseguito il concetto di corresponsività tra la redditività di tutti i contributi versati ed il costo delle prestazioni.

Prestazioni che, al netto dell’assistenza, sono il prodotto delle pensioni mensili per la vita post lavorativa residua dei pensionati.

Il rischio longevità crescente è per noi particolarmente cogente poiché – unici nel panorama previdenziale nazionale – l’entità della pensione mensile è definita già al momento dell’incasso dei contributi.

Non possiamo permetterci ritardi di valutazione od errori di stima della vita media residua della platea dei pensionati, per cui dobbiamo provare a costruirci da soli le tabelle di mortalità, partendo dai dati pubblici, ma modificandoli sulla base dei dati in nostro possesso, senza attendere i decennali aggiornamenti Istat.

La proiezione attuariale, strumento di oggettivizzazione delle stime che correlano l’oggi al domani, deve diventare un esercizio frequente in Fondazione, tempestivo e di rapida esecuzione.

Ritengo ci siano le professionalità nella Struttura per proporsi questo obiettivo. Gli esperti in investimenti ed i consulenti tecnici della Fondazione debbono coordinare le loro attività di investimento alle finalità previdenziali: i tassi di rendimento attesi, i benchmark, debbono confrontarsi con i tassi di rivalutazione del Patrimonio e con i tassi tecnici usati in Previdenza per definire i coefficienti di rendimento dei contributi incassati, altrimenti con la mano che riscuote i contributi si garantisce al contribuente un rendimento che con quella che va ad investire in nome e per conto di tutti non si persegue, aumentando di fatto il delta della scarsa corresponsività tra incasso ed uscite.

L’investimento finanziario

va centrato sulle finalità istitutive della Fondazione: pagar pensioni al minor costo contributivo.

Gli organismi statutari di governo e rappresentanza, le Consulte dei Fondi e le Commissioni consiliari si debbono confrontare per la definizione dei percorsi previdenziali migliori, utilizzando al meglio le competenze tecniche interne ed esterne alla struttura.

Vanno promossi convegni ed incontri per avvicinare l’Ente ai ministeri di vigilanza e controllo.

Nell’Adepp la Fondazione deve assumere un ruolo propositivo e visibile proporzionale alla sua consistenza e rappresentatività sociale.

Investire in previdenza è un modello che si può diffondere se lo si pratica assiduamente.

Ritengo che nell’anno che celebra il 70° dell’Enpam sia doveroso, ancor più che necessario, seguire l’indirizzo delle strategie previdenziali sia del governo che di tutte le altre Casse pubbliche o private. Ci sono tante “voglie”: chi le ha se le tolga in altra maniera. •



Il Presidente
Eolo Parodi

Politica seria e di tutela Previdenza e non solo

La spesa è la principale causa dello squilibrio dei conti pubblici. A preoccupare è ancora soprattutto il futuro: le proiezioni relative ai prossimi anni prevedono per un lungo periodo un continuo aumento della quota percentuale della spesa pensionistica sul Pil

di Mario Falconi (*)

Da tempo, com'è noto, il sistema pensionistico italiano vive un momento molto difficile essenzialmente riconducibile a fattori demografici. La spesa previdenziale è la principale causa dello squilibrio dei conti pubblici. I rilevanti disavanzi gestionali ed i debiti accumulati hanno già richiesto pesanti interventi da parte della fiscalità generale. Ma a preoccupare è ancora soprattutto il futuro: le proiezioni sulle tendenze dei prossimi anni prevedono per un periodo ancora lungo un continuo aumento della quota percentuale della spesa pensionistica sul Pil. A partire dagli anni '90 il legislatore è dovuto, perciò, intervenire per cercare di dare sostenibilità al sistema.

**La Fondazione
ha consistenti
riserve
patrimoniali**

È stato introdotto il metodo di calcolo contributivo delle prestazioni, sono stati inaspriti i requisiti per l'accesso alle pensioni di anzianità ed è stato delineato un sistema previdenziale che si poggia su tre pilastri: 1) obbligatorio di base; 2) integrativo; 3) volontario. Le criticità emerse nel sistema pensionistico pubblico sono certamente ben diverse e più gravi di quelle riscontrabili nei regimi previdenziali privati; ma anche le Casse dei liberi professionisti e, quindi, anche la Fondazione Enpam devono comunque continuare sempre con serietà e responsabilità a mettere in essere tutta la progettualità utile onde evitare che i conti siano in sofferenza soprattutto nel lungo periodo.

Infatti, se è vero che il sistema retributivo tuttora in uso all'Enpam è più virtuoso di quello pubblico perché calcola le prestazioni sui redditi dell'intera vita lavorativa, se è vero che le prestazioni di anzianità erogate dalla Fondazione non assumono una rilevante valenza

economica, è altrettanto vero che l'allungamento dell'aspettativa di vita e, soprattutto, l'accesso al pensionamento delle numerose classi di iscritti nati nel dopoguerra, con il conseguente progressivo deterioramento del rapporto iscritti-pensionati, sono destinati a determinare nel lungo periodo inevitabili criticità finanziarie anche per i Fondi gestiti dall'Enpam. Nella realtà della Fondazione può essere rappresentata una ulteriore considerazione, che pur inducendo ad un moderato ottimismo, non consente, comunque, di abbassare il livello di attenzione sulla sostenibilità economica futura del sistema: la Fondazione ha consistenti riserve patrimoniali (il cui rendimento, già molto positivo, dovrà essere ulteriormente incrementato nel prossimo futuro) tali da consentire i necessari interventi in tempi medio lunghi.

Le correzioni del sistema previdenziale Enpam, come quelle della generalità delle altre gestioni previdenziali a ripartizione, sono state indirizzate ver-

Mario Falconi



so tre obbligate direzioni: aumento delle aliquote di prelievo contributivo, riduzione dei coefficienti di rendimento annuo, aumento dell'età pensionabile.

Per la "Quota A" del Fondo di Previdenza generale, gestione che già nel 1998 ha incrementato l'importo della contribuzione ordinaria di circa il 70%, è stata adottata una riduzione dei rendimenti (dall'1,75% all'1,50% annuo), coniugata all'aumento su base volontaria dell'età pensionabile da 65 a 70 anni.

Per il Fondo della Libera professione - "Quota B" del Fondo generale, che rappresenta una gestione ancora relativamente "giovane" (cioè con un numero di pensionati molto basso rispetto a quello degli iscritti attivi) si è provveduto ad aumentare su base volontaria l'età pensionabile da 65 a 70 anni.

Per il Fondo dei medici di Medicina generale sono state adottate misure di

L'Enpam ha sempre garantito stabilità nel tempo

stabilizzazione più significative: a fronte di un aumento di 2 punti delle aliquote contributive (dal 13% al 15% rispetto ai compensi) è stato deliberato solo un leggero assestamento del coefficiente di rendimento (dall'1,456% all'1,50%), sicché le risorse reperite dall'incremento dei contributi sono state quasi totalmente destinate al riequilibrio della gestione nel lungo periodo. Inoltre sono state ridimensionate anche le maggiorazioni previste nei casi di pensionamento ad età superiore a 65 anni. Nelle trattative di rinnovo degli Accordi Collettivi Nazionali è stata, peraltro, affermata la necessità di procedere nel tempo ad un aumento graduale della contribuzione, sino a raggiungere un'aliquota di prelievo almeno pari al 20%. Il Fondo Specialisti ambulatoriali presenta tuttora un equilibrio economico-finanziario migliore di quello delle altre gestioni. Ciononostante anche per questo Fondo sono state adottate le medesime misure previste per quello dei medici di famiglia: aumento di 2 punti dell'aliquota di prelievo (dal 22% al 24%), con-

ferma del coefficiente di rendimento annuo nel suo attuale valore, riduzione delle maggiorazioni per i pensionati ultrasessantacinquenni.

Per il Fondo Specialisti esterni occorrerà valutare compiutamente gli effetti del contributo introdotto dall'art. 1, comma 39 della legge 243/2004, in base al quale le società professionali mediche ed odontoiatriche, in qualunque forma costituite, e le società di capitali, operanti in regime di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale, versano, in favore del Fondo, un contributo pari al 2% del fatturato annuo. Dalle stime compiute, alla luce del considerevole volume d'affari riconducibile a questo tipo di società, può ritenersi che il Fondo potrà in breve tempo recuperare quell'equilibrio di gestione sinora compromesso dal venire meno delle convenzioni individuali e dall'introduzione del sistema dell'accreditamento.

La Fondazione ha, quindi, responsabilmente già dato segnali di attenzione alla questione della sostenibilità finanziaria dei propri fondi di previdenza.

Ma non basta: il comma 763 dell'art. 1 della legge finanziaria 2007, apportando modifiche all'art. 3, comma 12, della legge n. 335/1995, ha recentemente disposto che "la stabilità delle gestioni è da ricondursi ad un arco temporale non inferiore a 30

La legge finanziaria ci impone ulteriori sacrifici

anni" (precedentemente era a 15 anni).

Abbiamo già sostenuto in un precedente articolo che questa "eccessiva" attenzione del mondo politico verso le fondazioni private, fortemente sospetta, forse andrebbe più opportunamente rivolta, nell'interesse generale del Paese, verso la previdenza pubblica.

In ogni caso, *dura lex sed lex*, le esposizioni attuariali contenute nei bilanci tecnici devono essere rapportate alla nuova e più stringente previsione legislativa.

È necessario al più presto aprire il dibattito con le categorie interessate per individuare per tempo ed in maniera condivisa le scelte da compiere per garantire non solo nel breve – medio periodo ma anche a lungo termine la stabilità delle gestioni.

In quanto Ente privato siamo chiamati a definire, in autonomia e senza ricorrere all'ausilio finanziario dello Stato, gli interventi da adottare che, nel tenere conto dello specifico stato di salute dei diversi fondi, dovranno mirare comunque ad assicurare in futuro che la pensione da erogare agli iscritti sia non solo

certa ma quella massima sostenibile dal sistema.

Tenendo fermi questi ultimi obiettivi e considerando che ogni adotta iniziativa inevitabilmente comporterà una variazione in diminuzione del tasso di sostituzione (rapporto tra importo della pensione ed ultima retribuzione), particolare attenzione dovrà anche essere dedicata allo sviluppo di processi attuativi della previdenza integrativa in armonia con una appropriata politica di assistenza e di maggiori opportunità di benefit al fine di garantire sempre un'adeguata tutela agli iscritti alla Fondazione. •

(*) *vice Presidente
vicario Enpam*





Quota A: contributi per il ruolo 2007

Sono obbligatori. Ad aprile gli iscritti riceveranno la notifica degli avvisi di pagamento. Gli importi distinti in base alle fasce di età.

Il pagamento potrà essere dilazionato in quattro rate

di Anna Galli (*)

Nel prossimo mese di aprile il Concessionario Esatri S.p.A. di Milano, delegato alla riscossione dei contributi di Quota A del Fondo di Previdenza Generale su tutto il territorio nazionale, avvierà l'attività di notifica degli avvisi di pagamento.

Gli importi contributivi per l'anno 2007, distinti in base alle fasce di età, sono i seguenti:

- € 176,04 fino a 30 anni di età;
- € 341,72 dal compimento dei 30 fino ai 35 anni di età;
- € 641,26 dal compimento dei 35 fino ai 40 anni di età;

- € 1184,29 dal compimento dei 40 fino ai 65 anni di età.

Oltre alla quota relativa al contributo previdenziale, tutti gli iscritti sono, altresì, tenuti al versamento del "contributo maternità, adozione e aborto" nella misura di € 35,74.

I contributi possono essere pagati in quattro rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre o in unica soluzione entro il termine previsto per la prima rata (30 aprile). Qualora l'avviso dovesse pervenire oltre la scadenza di una o più rate, il versamento potrà essere effettuato entro 15 gg. dalla data di ricevimento.

Gli interessati possono ottemperare all'obbligo contributivo presso tutte le agenzie postali e bancarie utilizzando gli appositi bollettini Rav, oppure con carta di credito, chiamando il numero telefonico 199.191.191 o tramite internet (www.taxtel.it), o con cellulare, collegandosi al sito Wap all'indirizzo wap.taxtel.it.

Oltre alle suddette modalità di pagamento, i versamenti del contributo di Quota A possono essere effettuati:

- presso tutti gli sportelli Bancomat di Banca Intesa (funzione bonifici pagamenti), indicando il numero di bollettino Rav che si intende pagare;
- tramite Internet Banking di Banca Intesa, Banca Me-

diolanum e IW Bank (per coloro che ne sono correntisti);

- tramite le circa 18.000 ricevitorie Sisal abilitate in tutto il territorio nazionale al servizio di riscossione, al costo di € 1,55 per ogni operazione.

Resta, altresì, ferma la possibilità di pagare attraverso il servizio di domiciliazione bancaria.

Per poter usufruire dell'addebito permanente in conto corrente bancario (procedura Rid) è necessario compilare l'apposito modulo Rid allegato all'avviso di pagamento ed inoltrarlo al Concessionario Esatri S.p.A. di Milano tramite fax (199.160.771.061). Le adesioni potranno anche essere effettuate comunicando al medesimo Concessionario i dati riportati sul modulo Rid tramite Internet (sito www.taxtel.it) o per telefono (199.104.343). Con queste ultime modalità i dati saranno acquisiti in tempo reale dall'Esatri S.p.A. che garantisce la massima sicurezza e riservatezza nel trattamento dei dati trasmessi.

Occorre far presente che le richieste di domiciliazione bancaria dovranno pervenire improrogabilmente

**Agenzie
postali
e bancarie
con bollettini
o carte
di credito**

Deducibilità del reddito complessivo del contribuente

entro il 31 maggio 2007; altrimenti, saranno ritenute valide solo a decorrere dall'anno 2008 ed i contributi 2007 dovranno essere versati utilizzando le ordinarie modalità di pagamento (bollettini Rav, carta di credito, ecc.).

Si fa presente che in caso di adesione al servizio di domiciliazione bancaria entro il 31 maggio 2007, non si dovrà procedere al pagamento della prima rata in scadenza il 30 aprile 2007.

I contributi saranno automaticamente addebitati in conto corrente con valuta il giorno di scadenza di ciascuna rata o della prima rata, in caso di opzione per il versa-

mento in unica soluzione. Si rammenta, infine, che i contributi di Quota A, data la loro natura obbligatoria, sono integralmente deducibili dal reddito complessivo del contribuente, ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. e) del Tuir.

A tal fine, a coloro che avranno aderito al servizio Rid, Esatri, invierà, in tempo utile per gli adempimenti fiscali, un riepilogo annuale degli importi versati. Agli iscritti che, invece, utilizzeranno le altre modalità di pagamento, si fa presente che da quest'anno, sulle quietanze di versamento è riportata la descrizione del contributo pagato.

Il riepilogo inviato da Esatri ovvero le quietanze di versamento dovranno essere conservate e presentate, ai fini della deducibilità fiscale, su richiesta dell'Agenzia delle Entrate. •

(*) *Dirigente Enpam*

ATTENZIONE!!

Entro il 15 marzo Recapitati i CUD 2007

La tempistica adottata dalla Fondazione per l'elaborazione e la consegna del modello fiscale trova fondamento nell'opportunità di attendere che siano disponibili i dati relativi alle addizionali regionali e comunali. L'obiettivo è di fornire al pensionato un modello contenente dati completi e definitivi evitandogli l'onere della compilazione della dichiarazione fiscale (mod. UNICO o 730), necessaria nel caso in cui ci sia una variazione dei dati presenti nel CUD.

I modelli CUD saranno, comunque, disponibili anche sul sito web della Fondazione (per gli utenti registrati) e presso gli sportelli informativi installati presso gli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Per ogni utile informazione ovvero per la richiesta di duplicato del modello gli interessati potranno contattare l'Ente al numero telefonico 06 4829.4829.

Polizza Sanitaria 80mila adesioni all'anno

Il prossimo 31 maggio scade la convenzione per la polizza sanitaria. Quest'anno si dovrà trattare con la Compagnia la stesura di un nuovo contratto e, sulla base dei bilanci premi/sinistri fornitici e relativi all'andamento tecnico di questi due ultimi anni, capire cosa ottenere per migliorare sempre più le prestazioni e al contempo contenere i costi dei sinistri (cresciuti sia nella frequenza che nel costo medio ad intervento).

Qualche numero?

Negli ultimi quattro anni (su circa 80.000 adesioni annuali) l'assicurazione ha pagato oltre 14.000 sinistri, con soddisfazione degli assicurati.

La Commissione Paritetica (cui spetta dirimere le questioni controverse, e "paritetica", tra Enpam e Compagnia di assicurazione) ha trattato 291 pratiche, 105 delle quali sono poi state ammesse al rimborso. Le altre presentavano situazioni di incompatibilità di rimborso, per patologie pregresse (cioè già conosciute o curate al momento dell'ingresso in polizza) che rappresentano il 95% delle contestazioni.

Nel suo complesso la polizza ha avuto alto gradimento, ce lo confermano lettere e telefonate dei tanti medici, che hanno voluto così esprimerci il loro consenso per questa iniziativa. Nello scorso numero del Giornale abbiamo pubblicato una di queste lettere: un Collega che ringrazia per il servizio reso da noi e dalla Compagnia (che, come sapete, è Generali).

Nel complesso, l'insoddisfazione di alcuni ci risulta limitata a pochi casi, spesso dovuta a interpretazione ... estensiva, dei limiti presenti nella nostra polizza o dall'esasperata pretesa di ricevere un rimborso non dovuto (per patologie "pregresse" e cioè antecedenti e diagnosticate prima dell'inizio della copertura assicurativa). Altre lamentele sono giunte per ritardi nella liquidazione (superiore ai 40 giorni lavorativi). A questo proposito dobbiamo precisare che nel mese di dicembre, a causa di una variazione del sistema informatizzato usato dalla Gruppo Liquidatori di Generali, tutti i bonifici emessi non sono andati a buon fine e pertanto si è dovuto provvedere alla riemissione degli stessi.

Occorrerà monitorare con attenzione i sinistri, magari ottenendo un convenzionamento diretto con la rete di cliniche private di cui si avvale Generali su tutto il territorio nazionale, ma soprattutto è indispensabile che anche per questo prossimo rinnovo, Enpam ottenga molte adesioni. Mai come in questo caso, "il (nostro) numero è potenza".

Nel prossimo Giornale della Previdenza troverete condizioni di rinnovo e modalità di adesione.



Autonomia ed equilibrio per difendere l'Enpam

Ricordiamo ancora una volta che il patrimonio della Fondazione contribuisce, con i suoi proventi, alla liquidazione delle pensioni correnti e funge da camera di garanzia in caso di scompensi finanziari

di **Alberto Oliveti (*)**

"Non lo fò per piacer mio ma per dare figli a Dio".

Questa arguta giustificazione delle pie devote a proposito dei piaceri della carne mi è tornata in mente leggendo, tra le disposizioni della Finanziaria, quella riguardante le Casse di previdenza privatizzate.

La stabilità delle gestio-

ni da ricondursi ad un arco temporale non inferiore a 30 anni rispetto ai precedenti 15, la redazione dei bilanci tecnici secondo criteri determinati dai Ministeri vigilanti (Lavoro ed Economia), il commissariamento in assenza di conseguenti provvedimenti di riequilibrio finanziario a lungo termine nel rispetto del principio del pro-rata, sono gli interventi stabiliti in Finanziaria che, seppur finalizzati a garantire l'equilibrio di lungo termine del-

le Casse, interferiscono notevolmente con l'autonomia della Fondazione.

Perché una cosa è vigilare sull'equilibrio prospettico delle gestioni a garanzia del perseguimento della finalità pubblica di garantire pensioni ed assistenza, un'altra è minare il sistema di gestione finanziaria dei Fondi, ripartita tra generazioni successive con una capitalizzazione di entità rigorosamente definita in

almeno cinque volte il volume finanziario delle prestazioni annuali erogate a garanzia di eventuali squilibri demografici e lavorativi.

Sia chiaro, trenta anni di stabilità prospettica significano o aumentare la capitalizzazione patrimoniale in misura imponente, aumentando i contributi e riducendo e ritardando le pensioni, od abbandonare l'attuale modalità di definizione dell'entità delle pensioni che in Enpam è garantita al momento della riscossione dei contributi versati e non come nel sistema pubblico all'atto del pensionamento.

Quindi, in sintesi estrema, o si aumenta il patrimonio o si passa al metodo contributivo proprio del sistema pubblico, con tanti interrogativi su chi pagherà la transizione.

In pratica è un provvedimento imposto dal governo per limitare il rischio di insolvenza per le generazioni future di liberi professionisti – assolutamente improponibile per le gestioni pubbliche Inps o Inpdap in sofferenza cronica – che diventa un pesan-

**Per il Fisco
è una
rendita
privata
da tassare**

Maggior reddito fiscale per le Casse dello Stato

te condizionamento della autonomia politica delle Casse privatizzate che in quanto tali sono per norma istitutiva finanziariamente non tutelate dallo Stato in caso di dissesto. Come è noto, il patrimonio della Fondazione con-



tribuisce con i suoi proventi alla liquidazione delle pensioni correnti e funge da camera di garanzia in caso di scompensi finanziari (la professione che non rende, l'evasione fiscale) o demografici (la longevità crescente dei pensionati).

È parte inscindibile del meccanismo di equo e sostenibile pagamento delle pensioni che è richiesto dalla finalità pubblica di interesse collettivo della Fondazione.

Ma per il Fisco è considerato una rendita finan-

ziaria privata da tassare al 20%, al pari di quella individuale di un privato cittadino, mentre la gestione dell'investimento immobiliare ritorna pubblica nel suo divieto di detrarre l'Iva – che diventa quindi un costo per l'Enpam! – e nel preteso subordine all'esigenza sociale della destinazione dell'abitativo.

Strano modo di favorire la previdenza obbligatoria, indubbiamente un doppio binario, che addirittura diventa groviglio quando si considera come venga trattata la previdenza complementare, la cui rendita finanziaria è tassata all'11% e le cui prestazioni personali godono di un trattamento fiscale vantaggioso (invece dell'aliquota fiscale progressiva che parte dal 23% e cresce coi redditi del pensionato, qui si ha un 15% che dopo 35 anni di versamenti si può abbattere fino al 9%).

È veramente malizioso pensare che orientare per legge l'equilibrio delle gestioni ad un arco temporale minimo di 30 anni invece dei 15, costringa inevitabilmente ad una maggiore capitalizzazione patrimoniale e quindi, in assenza di agevolazioni tributarie per la finalità pubblica di questa accumulazione, alla fine produca un maggior gettito fiscale per le casse dello Stato?

In pratica una manovra redistributiva ai danni



degli enti privati bene abbienti, ed a favore delle casse dello Stato in nome della tutela dell'autonomia dei suoi iscritti.

Non credo lo Stato abbia interesse all'annessione diretta dei patrimoni delle Casse privatizzate, fino a che ha strumenti così efficaci per garantirsi flussi finanziari notevoli. Non si sacrifica la pecora che produce tanta lana!

Ciò lungi dal tranquillizzarci, non ci deve far de-

sistere dall'obiettivo di ottenere un equo trattamento fiscale dell'accantonamento previdenziale obbligatorio, al pari degli altri Paesi europei. Se si perseguisse semplicemente l'autonomia responsabile e l'equilibrio prospettico delle Casse, si eliminerebbe la doppia tassazione cui sono sottoposte - collettiva in fase di capitalizzazione dei contributi e poi individuale sulle pensioni – tassando solo delle pensioni secondo l'aliquota individuale progressiva. O, per lo meno, si adotterebbe lo stesso trattamento fiscale dei Fondi pensione.

Se si perseguisse semplicemente l'autonomia responsabile e l'equilibrio prospettico delle Casse, appunto.

(*) Consigliere Enpam



Servizi integrativi per i nostri iscritti

L'iniziativa sta riscuotendo già un notevole successo. Allo studio una serie di accordi che potranno, in generale, migliorare l'offerta. L'importanza dell'«alleanza» con l'Adepp

di **Pietro Ayala (*)**

Il presidente Parodi nell'editoriale "Settant'anni di Enpam" pubblicato sul primo numero di quest'anno ricordava, fra l'altro, l'evoluzione di questo Giornale e la sua importanza come principale canale di comunicazione verso gli iscritti.

Il Giornale in effetti, grazie ad un impegno comune e soprattutto in virtù della particolare attenzione riservatagli dal presidente e dal direttore Crisalli, risulta oggi molto migliorato e sempre più gradito da parte di chi lo riceve.



L'Enpam, come sapete, ha ritenuto di offrire ai propri iscritti, oltre ai tradizionali servizi previdenziali ed assistenziali, una gamma di "servizi integrativi" per andare incontro alle possibili esigenze dei Medici e degli

Odontoiatri tanto nell'ambito della loro vita professionale quanto nella vita quotidiana fino "all'età post-lavorativa". Alla fine dello scorso anno sono state sottoscritte una serie di convenzioni con aziende leader nel proprio settore per poter offrire a chi ci legge migliori opportunità di accesso a beni e servizi abitualmente molto richiesti. Al numero di ottobre 2006 del Giornale era allegato un fascicolo su una prima serie di "servizi integrativi" attivati.

Questi primi mesi del 2007 hanno confermato un notevole interesse nei confronti di questa iniziativa.

I monitoraggi fin qui effettuati dalle singole aziende convenzionate indicano, infatti, una forte attenzione rispetto ad una materia cui da parte nostra viene attribuita grande importanza.

In quest'ottica sono allo studio una serie di nuovi accordi che potranno migliorare ancora l'offerta all'interno dei settori già affrontati ed aprirne di nuovi.

Quest'anno il nostro presidente, prof. Eolo Parodi,

ha ricevuto mandato da parte dell'Associazione degli Enti Previdenziali Privati (Adepp) di coordinare e guidare le attività riferite alla materia, per conto di tutti i professionisti iscritti alle varie "Casse".

Ciò consentirà di disporre di un maggiore potere contrattuale rispetto alle convenzioni in essere (da migliorare) ed alle nuove da attivare.

Continueremo ad informarvi sugli sviluppi futuri su questo giornale e sul sito Enpam che vi invitiamo a visitare sempre più numerosi. Il sito infatti consente, per sua natura, la consultazione in tempo reale degli aggiornamenti, nonché l'elenco completo degli oltre quattrocento



alberghi convenzionati. Riguardo la Polizza sanitaria, la cui scadenza è ormai prossima, maggiori dettagli si possono leggere a pag. 7. •

(*) *vice Direttore Generale Enpam*



Per saperne

di più

visitare

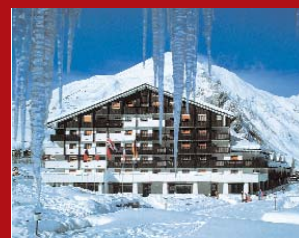
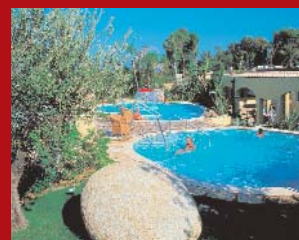
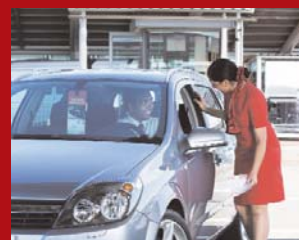
il sito

www.enpam.it



Servizi Integrativi

Per conoscere tutte le novità
sulle convenzioni che
abbiamo stipulato a
favore dei Medici
e degli Odontoiatri
collegati a
www.enpam.it



Al servizio degli iscritti

Fondi di previdenza e calcolo dei trattamenti

Pubblichiamo, per gli iscritti che vogliono procedere personalmente al calcolo dei trattamenti previdenziali maturati, le tabelle utili agli uffici per determinare le pensioni a carico del Fondo Generale e dei Fondi Speciali

di Giovanni Vezza (*)

Alla luce di quanto disposto dalla normativa regolamentare dei Fondi, le nuove tabelle hanno assunto come base l'incremento percentuale registrato dall'indice Istat dei "prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" nei periodi di riferimento. In particolare, i dati contenuti nelle tabelle dello scorso anno sono stati aggiornati secondo la variazione percentuale dell'anno 2006 rispetto all'anno 2005, che è risultata pari al **2,00%**. Si fa presente che, sulla base della medesima rilevazione, viene effettuata, con decorrenza dal 1° gennaio 2007, anche la rivalutazione delle pensioni in godimento al 31 dicembre 2006 a carico del Fondo di Previdenza Generale "Quota A" e "Quota B" e dei Fondi Speciali.

Per la prima volta, quest'anno, l'indicizzazione delle pensioni terrà conto delle recenti modifiche regolamentari, approvate dai ministeri vigilanti il 24 luglio 2006. In pratica, a partire dal 2007, la rivalutazione è applicata sull'importo complessivo delle

prestazioni erogate a ciascun iscritto da tutti i Fondi di previdenza gestiti dall'Enpam, nella seguente misura:

- 75% dell'incremento percentuale dell'indice Istat (corrispondente per quest'anno all'**1,50%**), fino al limite di quattro volte il trattamento minimo a carico del Fondo pensioni per i lavoratori dipendenti (e cioè, per il 2007, sino al limite di € 22.234,16 annui lordi corrispondenti al quadruplo del trattamento minimo Inps per l'anno 2006);

- 50% dell'incremento dell'indice Istat (corrispondente per quest'anno all'**1,00%**), oltre tale limite.

Per il calcolo delle prestazioni erogate dal Fondo di Previdenza dei Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta e addetti ai Servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale, si dovrà fare riferimento alla **tabella n. 1**, contenente i coefficienti di rivalutazione al 100% dei compensi percepiti dal medico. L'art. 7, comma 4, del Regolamento del Fondo prevede infatti che, per la determinazione della base pensionabile, il reddito percepito in ciascun anno, ri-

costruito dai contributi accreditati anno per anno a nome del medico venga rivalutato in base al 100% dell'incremento percentuale registrato dall'indice Istat dei prezzi al consumo tra l'anno cui si riferiscono i contributi stessi e quello che precede l'anno di decorrenza della pensione. Tali compensi rivalutati devono essere, quindi, sommati ed il risultato diviso per il numero di anni di contribuzione effettiva al Fondo, ovvero ricongiunta, ove non coincidente.

La tabella n. 1 viene pure utilizzata per il calcolo dei trattamenti liquidati dal Fondo Specialisti ambulatoriali con il medesimo sistema del Fondo dei Medici di medicina generale; ciò accade quando la data di cessazione del rapporto sia anteriore di più di 10 anni rispetto a quella di decorrenza della pensione.

La **tabella n. 2** si riferisce al calcolo previsto dall'art. 8, comma 2, del Fondo Ambulatoriali e viene applicata alle posizioni di quei sanitari che, benché cessati dal rapporto professionale, hanno dovuto attendere, per richiedere il trattamento di loro spettanza,

Rivalutazione applicata sull'importo complessivo delle prestazioni erogate

il raggiungimento di una delle seguenti condizioni:

- 65 anni di età;
- 30 anni di anzianità di laurea, 58 anni di età e 35 anni di contribuzione (raggiunti con il cumulo dell'anzianità contributiva maturata presso un Fondo Speciale diverso da quello cessato, ovvero con la ricongiunzione di altra posizione previdenziale obbligatoria);
- 40 anni di contribuzione e 30 anni di anzianità di laurea, con qualunque età;
- sopravvenuta invalidità permanente.

In questi casi, ai sensi dell'art. 8 comma 2, del Regolamento del Fondo Ambulatoriali, la prestazione di competenza viene calcolata sulla base della normativa in vigore all'atto della cessazione e viene successivamente maggiorata, mediante i coefficienti riportati nella tabella n. 2, del 100% dell'indice Istat per ciascun anno trascorso dall'anno che precede quello della cessazione del rapporto all'anno che precede quello di decorrenza della pensione.

Per i trattamenti erogati dal Fondo di Previdenza

(segue a pag. 14)

Tabella 1 relativa alla rivalutazione dei compensi ai sensi dell'art. 7, comma 4 del Regolamento del Fondo Medici di medicina generale (approvato con DM 4.4.85 e successive modifiche) e ai sensi dell'art. 8, comma 7 del regolamento del Fondo Specialisti Ambulatoriali (approvato con DM 14.06.1983 e successive modifiche)

Decorrenza pensione anno 2007	
Anno riferimento contributi	Coefficiente di rivalutazione al 100% dei compensi
1947	33,4304
1948	31,5738
1949	31,1178
1950	31,5413
1951	28,7489
1952	27,5773
1953	27,0506
1954	26,3424
1955	25,6231
1956	24,4085
1957	23,9461
1958	22,8513
1959	22,9473
1960	22,3536
1961	21,7188
1962	20,6649
1963	19,2202
1964	18,1443
1965	17,3889
1966	17,0477
1967	16,7134
1968	16,5031
1969	16,0524
1970	15,2757
1971	14,5483
1972	13,7743
1973	12,4802
1974	10,4485
1975	8,9175
1976	7,6532
1977	6,4802
1978	5,7629
1979	4,9793
1980	4,1102
1981	3,4627
1982	2,9762
1983	2,5883
1984	2,3407
1985	2,1553
1986	2,0314
1987	1,9417
1988	1,8501
1989	1,7354
1990	1,6356
1991	1,5371
1992	1,4582
1993	1,3994
1994	1,3464
1995	1,2780
1996	1,2300
1997	1,2091
1998	1,1877
1999	1,1693
2000	1,1401
2001	1,1103
2002	1,0840
2003	1,0579
2004	1,0373
2005	1,0200
2006	1,0000
2007	1,0000

Tabella 2 relativa alla rivalutazione delle prestazioni ai sensi dell'art. 8, comma 2 del Regolamento del Fondo Specialisti Ambulatoriali approvato con DM 14.06.1983 e successive modificazioni

Decorrenza del trattamento anno 2007	
Anno di cessazione	Coefficiente di rivalutazione al 100%
1961	22,3536
1962	21,7188
1963	20,6649
1964	19,2202
1965	18,1443
1966	17,3889
1967	17,0477
1968	16,7134
1969	16,5031
1970	16,0524
1971	15,2757
1972	14,5483
1973	13,7743
1974	12,4802
1975	10,4485
1976	8,9175
1977	7,6532
1978	6,4802
1979	5,7629
1980	4,9793
1981	4,1102
1982	3,4627
1983	2,9762
1984	2,5883
1985	2,3407
1986	2,1553
1987	2,0314
1988	1,9417
1989	1,8501
1990	1,7354
1991	1,6356
1992	1,5371
1993	1,4582
1994	1,3994
1995	1,3464
1996	1,2780
1997	1,2300
1998	1,2091
1999	1,1877
2000	1,1693
2001	1,1401
2002	1,1103
2003	1,0840
2004	1,0579
2005	1,0373
2006	1,0200
2007	1,0000

(segue da pag. 12)

degli Specialisti esterni si deve, invece, ricorrere alla **tabella n. 3**, ai sensi dell'art. 7 comma 4 del Regolamento in vigore.

Tale disciplina prevede infatti, ai fini della determinazione della retribuzione media annua di base, che il compenso relativo a ciascun anno di contribuzione effettiva venga rivalutato, come per il Fondo dei Medici di medicina generale, in base all'incremento percentuale dell'indice Istat. Tale rivalutazione si applica integralmente per la fascia di reddito annuo compresa entro 75 milioni di vecchie lire corrispondenti ad € 38.734,27, mentre, per la parte eccedente tale importo, si applica nella misura del 75%. La **tabella n. 4** si riferisce al calcolo delle prestazioni della Quota "A" del Fondo di Previdenza generale e del Fondo della Libera professione Quota "B" del Fondo Generale. Lo sviluppo del calcolo della Quota "A" e della Quota "B" di pensione è molto simile a quello sopra illustrato per il conteggio della pensione del Fondo dei Medici di medicina generale. Anche in questo caso occorre ricostruire la media dei redditi annui

**Contributi
rivalutati in base
alla variazione
percentuale
dell'indice Istat**

corrispondenti ai contributi versati, previa rivalutazione pari all'incremento dell'indice Istat del costo della vita dall'anno di riferimento dei contributi all'anno che precede quello del pensionamento. Per la "Quota A" la rivalutazione è sempre pari al 75% dell'incremento percentuale registrato dall'indice Istat dei prezzi al consumo tra l'anno cui si riferiscono i contributi stessi e quello che precede l'anno di decorrenza della pensione. Per la Quota "B", relativamente ai redditi professionali prodotti sino al 1997 compreso, la rivalutazione è effettuata in misura pari al 100% dell'incremento. A partire dal 1998 il Regolamento del Fondo prevede che la rivalutazione dei redditi, sia per la Quota "A" che per la Quota "B" venga effettuata nella misura del 75% dell'indice Istat.

La **tabella n. 5** (pag. 16) riporta, con riferimento al Fondo della Libera Professione - Quota "B" del Fondo Generale, sulla base dell'indice di rivalutazione di cui sopra (2,00%), nella prima parte, per gli anni di reddito dal 2000 al 2006, il limite di reddito libero professionale oltre il quale è dovuto il contributo dell'1% (anziché quello ordinario del 12,50% ovvero quello ridotto al 2%); nella seconda parte, per gli anni dal 2000 al 2007, l'importo del reddito virtuale già coperto dal contributo minimo obbligatorio alla Quo-

Ricostruire la media dei redditi annui corrispondenti ai contributi versati

ta "A" del Fondo Generale, sul quale non è quindi dovuta la contribuzione alla Quota "B". Va precisato che, a termini di regolamento, i contributi minimi obbligatori sono rivalutati in base alla variazione percentuale dell'indice Istat riscontrata tra il mese di giugno 2006 e il mese di giugno 2005).

Nella **tabella n. 6** (pag. 16) è riportato, assieme a quelli degli anni precedenti, il nuovo importo del trattamento minimo che l'Ente corrisponde, in presenza dei prescritti requisiti, all'atto del verificarsi degli eventi di invalidità assoluta e permanente e di premorienza.

Nella **tabella n. 7** (pag. 16) è riportata la successione temporale, sino al 2006 compreso, dei diversi importi mensili lordi dei trattamenti minimi Enpam, calcolati alla luce del corrispondente trattamento minimo Inps. A tale proposito, occorre considerare che la Fondazione eroga le prestazioni pensionistiche in 12 mensilità, anziché in 13 come l'Inps, e quindi la mensilità in meno viene ridistribuita sulle altre 12.

La **tabella n. 8** (pag. 16) riporta la serie storica, a partire dal 2000, del reddito minimo e massimo ai

fini della determinazione dell'indennità di maternità. Com'è noto, l'indennità di maternità è oggi pari ai cinque dodicesimi dell'80% del solo reddito professionale percepito e denunciato ai fini fiscali come reddito da lavoro autonomo dalla professionista iscritta alla Fondazione nel secondo anno anteriore a quello dell'evento.

La **tabella n. 9** (pag. 16) riporta, a partire dal 2000, la soglia di retribuzione oltre la quale i lavoratori dipendenti sono tenuti a pagare un contributo aggiuntivo pari ad un punto percentuale del loro compenso. Ai fini Enpam, questa soglia rileva ai fini del calcolo delle prestazioni per gli iscritti transitati a rapporto di impiego (ex continuità assistenziale, emergenza territoriale, medicina dei servizi, specialistica ambulatoriale).

Nella nuova **tabella n. 10** (pag. 16) (destinata a crescere di dimensioni nei prossimi anni, ma ora limitata ad una sola riga) sono indicate le percentuali da applicare per la rivalutazione delle pensioni. Come si è specificato precedentemente, il 75% dell'incremento percentuale fatto registrare nell'anno 2006 dal numero indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati è applicato fino ad un importo pari a quattro volte il trattamento minimo Inps, mentre oltre tale limite si applica il 50% della suddetta variazione. •

(*) *Dirigente Enpam*

Tabella 3 relativa alla rivalutazione dei compensi ai sensi dell'art. 7, comma 4 del Regolamento del Fondo Specialisti esterni approvato con DM 19.06.1992 e successive modificazioni

Decorrenza pensione anno 2007		
Anno riferimento contributi	Coefficiente di rivalutazione al 100%	Coefficiente di rivalutazione al 75%
1947	33,4304	25,3159
1948	31,5738	23,9188
1949	31,1178	23,5687
1950	31,5413	23,8763
1951	28,7489	21,7848
1952	27,5773	20,9161
1953	27,0506	20,5306
1954	26,3424	19,9972
1955	25,6231	19,4591
1956	24,4085	18,5438
1957	23,9461	18,2026
1958	22,8513	17,3799
1959	22,9473	17,4487
1960	22,3536	16,9961
1961	21,7188	16,5237
1962	20,6649	15,7333
1963	19,2202	14,6521
1964	18,1443	13,8493
1965	17,3889	13,2885
1966	17,0477	13,0327
1967	16,7134	12,7820
1968	16,5031	12,6211
1969	16,0524	12,2840
1970	15,2757	11,6997
1971	14,5483	11,1542
1972	13,7743	10,5757
1973	12,4802	9,6022
1974	10,4485	8,0819
1975	8,9175	6,9316
1976	7,6532	5,9845
1977	6,4802	5,1048
1978	5,7629	4,5689
1979	4,9793	3,9826
1980	4,1102	3,3321
1981	3,4627	2,8465
1982	2,9762	2,4826
1983	2,5883	2,1914
1984	2,3407	2,0054
1985	2,1553	1,8663
1986	2,0314	1,7734
1987	1,9417	1,7064
1988	1,8501	1,6370
1989	1,7354	1,5511
1990	1,6356	1,4763
1991	1,5371	1,4025
1992	1,4582	1,3435
1993	1,3994	1,2994
1994	1,3464	1,2600
1995	1,2780	1,2083
1996	1,2300	1,1723
1997	1,2091	1,1569
1998	1,1877	1,1408
1999	1,1693	1,1270
2000	1,1401	1,1051
2001	1,1103	1,0828
2002	1,0840	1,0630
2003	1,0579	1,0435
2004	1,0373	1,0280
2005	1,0200	1,0150
2006	1,0000	1,0000
2007	1,0000	1,0000

Tabella 4 relativa alla rivalutazione dei redditi ai sensi dell'art. 18, comma 4 del Regolamento del Fondo di Previdenza generale (Quota A e B) in vigore dal 1° Gennaio 1998

Decorrenza pensione anno 2007		
Anno riferimento contributi	Coefficiente di rivalutazione al 100% Quota B	Coefficiente di rivalutazione al 75% Quota A e (Quota B dal 01.01.1998)
1947		25,3159
1948		23,9188
1949		23,5687
1950		23,8763
1951		21,7848
1952		20,9161
1953		20,5306
1954		19,9972
1955		19,4591
1956		18,5438
1957		18,2026
1958		17,3799
1959		17,4487
1960		16,9961
1961		16,5237
1962		15,7333
1963		14,6521
1964		13,8493
1965		13,2885
1966		13,0327
1967		12,7820
1968		12,6211
1969		12,2840
1970		11,6997
1971		11,1542
1972		10,5757
1973		9,6022
1974		8,0819
1975		6,9316
1976		5,9845
1977		5,1048
1978		4,5689
1979		3,9826
1980		3,3321
1981		2,8465
1982		2,4826
1983		2,1914
1984		2,0054
1985		1,8663
1986		1,7734
1987		1,7064
1988		1,6370
1989		1,5511
1990	1,6356	1,4763
1991	1,5371	1,4025
1992	1,4582	1,3435
1993	1,3994	1,2994
1994	1,3464	1,2600
1995	1,2780	1,2083
1996	1,2300	1,1723
1997	1,2091	1,1569
1998		1,1408
1999		1,1270
2000		1,1051
2001		1,0828
2002		1,0630
2003		1,0435
2004		1,0280
2005		1,0150
2006		1,0000
2007		1,0000

Tabella 5 relativa alla rivalutazione dei redditi, ai sensi dell'art. 3, comma 8 del Regolamento del Fondo di Previdenza generale

Limite reddito libero professionale anno 2000	€ 43.640,61
Limite reddito libero professionale anno 2001	€ 44.810,18
Limite reddito libero professionale anno 2002	€ 45.899,07
Limite reddito libero professionale anno 2003	€ 47.028,19
Limite reddito libero professionale anno 2004	€ 47.964,05
Limite reddito libero professionale anno 2005	€ 48.779,44
Limite reddito libero professionale anno 2006	€ 49.755,03

	Reddito virtuale già assoggettato al contributo minimo obbligatorio	
	Medici infraquarantenni e ultraquarantenni assoggettati a contribuzione ridotta	Medici ultraquarantenni
Anno 2000	€ 4.301,05	€ 8.007,15
Anno 2001	€ 4.416,74	€ 8.221,99
Anno 2002	€ 4.544,80	€ 8.460,40
Anno 2003	€ 4.649,36	€ 8.654,96
Anno 2004	€ 4.838,96	€ 8.936,64
Anno 2005	€ 4.945,44	€ 9.133,28
Anno 2006	€ 5.024,56	€ 9.279,44
Anno 2007	€ 5.130,08	€ 9.474,32

Tabella 6 Trattamento pensionistico annuo minimo ai sensi dell'art. 20, comma 8 del Regolamento del Fondo di previdenza generale

Anno	Importo trattamento annuo minimo €
1998	€ 10.845,59
1999	€ 11.040,81
2000	€ 11.215,26
2001	€ 11.502,37
2002	€ 11.810,63
2003	€ 12.097,63
2004	€ 12.395,23
2005	€ 12.641,89
2006	€ 12.856,81
2007	€ 13.113,95

Tabella 7 Importo dell'integrazione erogata dall'Enpam sulla base del trattamento minimo Inps

Anno	Importo annuale	Importo mensile
2000	€ 4.840,08	€ 403,34
2001	€ 4.970,67	€ 414,22
2002	€ 5.104,97	€ 425,41
2003	€ 5.227,43	€ 435,62
2004	€ 5.358,08	€ 446,51
2005	€ 5.460,26	€ 455,02
2006	€ 5.558,54	€ 463,21
2007	€ 5.669,82	€ 472,49

Tabella 8 Importo annuo dell'indennità di maternità, ex art. 70 e seguenti del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151

Anno	Importo minimo mensile Inps per indennità	Reddito lordo annuo minimo valutabile	Reddito lordo anno massimo valutabile GU n. 251 del 28/10/2003
2000	€ 372,31	€ 11.035,38	
2001	€ 381,61	€ 11.310,92	
2002	€ 392,69	€ 11.639,27	
2003	€ 402,11	€ 11.918,54	€ 59.592,70
2004	€ 412,16	€ 12.216,84	€ 61.084,20
2005	€ 420,16	€ 12.448,80	€ 62.244,00
2006	€ 427,58	€ 12.673,44	€ 63.367,20
2007	€ 436,14	€ 12.927,19	€ 64.635,95

Tabella 9 Quota di retribuzione soggetta all'aliquota aggiuntiva di un punto percentuale ex art. 3-ter della legge 14.11.1992, n. 438, per gli iscritti transitati a rapporto d'impiego

Anno	Limite della prima fascia di retribuzione pensionabile
2000	€ 34.253,49
2001	€ 35.143,86
2002	€ 36.093,00
2003	€ 36.959,00
2004	€ 37.883,00
2005	€ 38.641,00
2006	€ 39.297,00
2007	* € 40.083,00

* Dato presuntivo, in attesa di comunicato ufficiale dell'Inpdap

Tabella 10 relativa alla rivalutazione delle pensioni ai sensi dell'art.26, comma 1 del regolamento del Fondo di Previdenza Generale e ai sensi dell'art.5, comma 2 dei regolamenti dei Fondi Speciali di Previdenza

Anno	4 volte il trattamento minimo Inps 2006	Istat 75%	Istat 50%
2007	€ 22.234,16	1,5%	1%



Servizio Accoglienza Telefonica

Dal 1° febbraio è attivo un nuovo Servizio di consulenza telefonica che risponde a quesiti su Previdenza, Polizza sanitaria, Servizi integrativi, Patrimonio, ecc.

Avendo, in questa prima fase, il Servizio un carattere sperimentale, si sollecitano tutti gli iscritti a segnalare possibili disfunzioni e fornire utili suggerimenti.

06.4829.4829

06.4829.4444 (fax)

e-mail: sat@enpam.it



Al servizio degli iscritti

Una parte degli operatori SAT di "primo livello"



Accoglienza telefonica nuovo servizio Enpam

La sperimentazione iniziata il primo febbraio si avvale dell'esperienza di un pool di dipendenti motivati e preparati con una precisa identità professionale. Quattordici operatori di primo livello e dieci di livello superiore a favore degli utenti medici e odontoiatri

di Giorgio Bartolomucci*

Negli ultimi anni il numero dei medici che cerca quotidianamente di mettersi in contatto con la Fondazione Enpam è aumentato. A monte di questo fenomeno ci sono le richieste d'informazione relative ai cambiamenti che spesso coinvolgono i diversi Fondi gestiti dall'Ente, le preoccupazioni per le scadenze ma soprattutto una maggiore consapevolezza

che le basi per una buona pensione si pongono molto prima di lasciare il lavoro. Difficile a crederci, ma in alcune giornate, a ridosso di alcune scadenze, all'Enpam si arriva a picchi che raggiungono fino a duemila chiamate al giorno. Un numero impressionante, a fronte del quale non si può negare che i Servizi hanno stentato nel dare una risposta efficiente. Non si è trattato solo di una carenza organizzativa perché

non va dimenticato che le tante richieste telefoniche si sovrappongono al normale svolgimento del lavoro di ufficio. Il malcontento fra gli iscritti, registrato nel tempo, aveva portato anni orsono all'attivazione di un moderno sistema di risposta automatica (Interactive Voice Response - IVR) e di un centralino che, nelle intenzioni dell'Ente, avrebbe dovuto smistare le telefonate verso gli uffici. Un tentativo serio e im-

pegnativo ma che non sembra abbia sortito l'effetto sperato. È per questo motivo che lo scorso settembre è iniziata una approfondita analisi dei flussi telefonici e dell'organizzazione del nostro sistema di relazioni con il pubblico, che ha portato alla conclusione che il sistema automatico IVR non risponde a pieno alle esigenze della nostra utenza di oltre 360mila medici e odontoiatri iscritti.

Dal nostro studio, inoltre, è emerso che il senso di disagio più volte registrato fra i medici e gli odontoiatri si estendeva anche al personale, ultimo anello di un sistema che negli anni non è del tutto riuscito a comunicare all'esterno l'importanza delle funzioni svolte a favore della categoria. Tecnicamente si era scelto un modello, cosiddetto a dispersione, secondo cui le informazioni risiedono in maniera diffusa all'interno della struttura con un centralino (o IVC automatico) che distribuisce le telefonate in base ad una analisi preliminare dei bisogni proposta automaticamente all'utente. In tal modo si è mantenuta frammentata la funzione di relazione con il pubblico in base alle diverse competenze, mettendo però in luce la difficoltà di indirizzare in maniera precisa la domanda verso il soggetto deputato alla risposta. Soprattutto in occasione delle scadenze normativo/fiscali la strut-

tura non è riuscita a smaltire le continue telefonate in arrivo. I dati statistici sono impietosi: il 30% delle chiamate ha trovato tutti gli operatori occupati o assenti, oppure è stato diretto alle risposte automatiche o è finito nelle caselle di voce mail o, addirittura, la chiamata era interrotta dall'utente prima di ricevere una risposta. Frequente il rimando da ufficio a ufficio con conseguente aggravio del carico di lavoro e innegabili sprechi di tempo e risorse, oltre che la percezione diffusa dell'inefficienza del sistema stesso. Nel tempo, si è purtroppo verificato anche un lento processo di de-responsabilizzazione che ha portato, specie in particolari momenti dell'anno, a considerare le telefonate dall'esterno un peso se non anche un fastidio. Talvolta da evitare chiudendo il telefono o non rispondendo alla chiamata. In tal modo il centralino è sovente diventato bersaglio finale delle lamentele, non sempre esposte in maniera civile. Questa inaccettabile situazione ha portato alla decisione di provvedere in maniera rapida al ridisegno organizzativo adottando un nuovo modello, cosiddetto a concentrazione. Spieghiamo che cosa significa e quali sono gli obiettivi: rendere il sistema più controllabile, più efficiente ed efficace nel fornire servizi agli Associati - sfruttando al meglio le tecnologie già in

nostro possesso e specializzando uno specifico gruppo di dipendenti alla gestione delle relazioni interpersonali - il tutto per aumentare la *customer satisfaction* dell'utenza. Si è così creato un nuovo Servizio di Accoglienza Telefonica (SAT), la cui sperimentazione è iniziata lo scorso primo febbraio, che si affianca e integra la tradizionale attività del centralino che continuerà a fornire assistenza per le telefonate dirette al personale. Per sua natura questa nuova funzione centralizzata, il cui arco di servizio va quotidianamente dalle 9 alle 13 e dalle 14.30 alle 17 (il venerdì fino alle 13), si svolge in un ambiente estremamente dinamico, in continua evoluzione. Il personale impegnato nella gestione delle richieste di informazioni che pervengono attraverso il telefono o Internet lavora tutt'insieme all'interno di due grandi saloni e rappresenta il centro di comunicazione e di relazione fra l'utente e l'organizzazione. Non si tratta di un classico call center ma di un pool di dipendenti motivati e preparati, con una precisa identità professionale coerente con il ruolo effettivamente ricoperto, che sono stati qualificati mediante un processo di formazione e che continueranno a seguire corsi di aggiornamento, secondo una prospettiva globale e centrata sull'utente. Un approccio che nel

mondo anglo-sassone si definisce *customer oriented*, e che consiste nell'attivare un insieme di processi sia organizzativi che gestionali in grado di rispondere alle richieste dell'Associato, nei tempi e modi migliori, così da conquistarne fedeltà e apprezzamento. L'importanza di instaurare e custodire una relazione di qualità con la propria utenza è infatti un principio semplice, ma basilare, per qualsiasi organizzazione, Enpam inclusa. Ma continuiamo a descrivere come funziona il Servizio di Accoglienza Telefonica. A vostra disposizione ci sono quattordici operatori di primo livello, coordinati da un manager, e dieci operatori di secondo livello a loro volta diretti da un altro manager esperto. Oltre ad avere un apparecchio telefonico evoluto il primo livello controlla il flusso di chiamate trami-

te un PC in dotazione. Lo strumento informatico serve anche all'individuazione di eventuali risposte di ordine generico (faq), al reperimento di notizie specifiche utili alla formulazione della risposta immediata, alla possibilità di inoltrare le pratiche complesse ad una struttura di back office (SAT di secondo livello) che risponderà in tempi contenuti, garantendo nel contempo all'utente la tracciabilità e un riscontro successivo. La sfida ora sta nel riuscire a diffondere la consapevolezza che questo nuovo modo di lavorare in un gruppo si rivelerà a favore degli utenti. Siamo ancora agli inizi e in una fase sperimentale. Per valutare i risultati ci vorranno diversi mesi e a giudicarli non saremo soltanto noi, ma soprattutto gli iscritti. Ce la metteremo tutta. •

(*) *Dirigente Enpam*



Gli esperti del secondo livello

Pensando al futuro con "preoccupazione"

di Marco Perelli Ercolini (*)

L'impoverimento dei trattamenti di pensione porta il lavoratore a dover pensare ad altre forme integrative.

Tralasciamo l'istituto del riscatto o della ricongiunzione che, nella scommessa di vita, sono certamente le forme migliori per aumentare la pensione, anche perché la loro totale deducibilità dal reddito imponibile ai fini fiscali ne riduce notevolmente l'onere.

Tuttavia posto che le future pensioni pur coi massimi di anzianità contributiva raggiungeranno nella migliore delle ipotesi un 45-60 per cento dell'ultima retribuzione percepita in attività lavorativa e posto anche che i trattamenti di pensione, debiti di valuta e non di valore, per l'effetto inflattivo, non coperto interamente dalla perequazione automatica annuale, si sviscerano nel tempo, in una cosciente consapevolezza per una vita dignitosa nell'età post-lavorativa, pensando al proprio futuro, si debbono dunque trovare delle forme di tesaurizzazione atte a garantire l'integrazione di questi trattamenti di pensione così depauperati. La riforma Dini del 1995 ha suggerito lo schema del pianeta previdenziale coi famosi tre pilastri: regime obbligatorio, regime collettivo e regime individuale.



Si è molto enfatizzato sul 2° pilastro, ma le adesioni sono state piuttosto scarse vuoi per una insufficiente incentivazione fiscale, vuoi per una certa diffidenza in un meccanismo che non dà certezze nel futuro: i fondi pensione sono ancorati alle fluttuazioni dei mercati finanziari e impropriamente si può parlare di previdenza complementare, forse sarebbe più appropriato parlare di un risparmio gestito, parzialmente forzoso.

Col 2007 si apre la manovra della opzione del Tfr alla previdenza complementare che riguarda però solo il lavoratore dipendente di strutture private. Infatti per il momento sono esclusi i pubblici dipendenti ai quali continua ad applicarsi la disciplina previgente. Ma quali sono le possibilità nel regime individuale, certamente meno gravato dalle spese imposte

dai gestori, ma forse più impegnativo e che può richiedere tempo e una certa competenza? Va peraltro sottolineato che l'investimento diretto ha il vantaggio di consentire in qualsiasi momento la possibilità di disporre delle somme accantonate; lo stesso si può dire anche per gli investimenti in polizze assicurative dove tra l'altro il soggetto può anche scegliere tra il riscatto totale in capitale o il recepimento di una rendita. Va tuttavia tenuto presente che nella capitalizzazione previdenziale possibilmente bisogna trovare un investimento che, oltre a dare la rendita, difenda il capitale dalla svalutazione.

Tra gli investimenti ricordiamo il mattone cioè l'acquisto di case da dare in affitto: il capitale viene sempre rivalutato, tuttavia gravano i costi di manutenzione e la scura del fisco.

Tra i prodotti finanziari abbiamo le polizze vita o i fondi comuni e in caso di giacenze bancarie il cosiddetto conto-fondo; il gioco in borsa può dare amare sorprese anche in mani esperte ed è poco consigliabile nel campo previdenziale dove non si possono commettere sbagli.

Le polizze vita

Di fronte a esigenze diverse dell'utenza e in un regime concorrenziale, le Compagnie assicurative hanno introdotto oltre alle classiche polizze (contro il rischio morte o quelle che prevedono alla scadenza del contratto un vitalizio o il pagamento di un capitale) altri prodotti innovativi, in grado di far fronte alle mutate richieste in relazione a nuove condizioni del panorama previdenziale.

Il caso morte e il caso vita: le prime polizze sono volte alla tutela del nucleo familiare dell'assicurato, in quanto garantiscono, in caso di decesso, un capitale o una rendita vitalizia; se - temporanea caso morte - il pagamento è garantito se il titolare decede nell'arco contrattuale, mentre - se copertura vita intera - non sono previsti limiti temporali. Le polizze caso vita garantiscono la corresponsione di un capitale o di una rendita nel caso in cui, alla scadenza della po-

**Le possibilità
di integrazione
dei trattamenti
di pensione**

lizza, l'assicurato sia ancora in vita.

Esistono anche polizze miste con copertura anche in caso di morte oltre che a fine contratto.

I contratti vita stanno ritornando in auge grazie alla protezione in caso di successione, alla tassazione differita dei proventi e agli sconti fiscali di cui godono i beneficiari in caso di morte del sottoscrittore.

I Fondi comuni

I Fondi comuni di investimento non costituiscono una vera e propria forma di risparmio previdenziale, assumendo piuttosto la funzione di collettori di risparmio.

Il risparmiatore beneficia di una gestione professionale. Infatti il gestore ottimizza l'amministrazione del fondo attraverso economie di scala, riducendo il rischio dell'investimento che viene diversificato utilizzando il patrimonio versato anche da altri sottoscrittori.

Al contrario dei contratti assicurativi i fondi comuni di investimento offrono una ampia flessibilità di comportamento, garantiscono una gestione trasparente e di solito hanno commissioni inferiori. Tutti i fondi di investimento sono suddivisi in quote e il risparmiatore che sottoscrive un fondo comune acquisisce un certo numero di quote cioè una parte dell'intero patrimonio del fondo.

Più la rivalutazione dell'investimento è elevata più il valore delle quote si incrementa. Il valore di ciascuna quota può essere rilevato giornalmente nella pagina finanzia-

Conto-fondo e tipologie di rendimento

ria dei maggiori quotidiani. Moltiplicando il valore della quota per il numero delle quote possedute si ottiene il valore dell'investimento effettuato, mentre se si moltiplica il valore della quota per il numero totale delle quote in cui è suddiviso il fondo si ottiene il valore complessivo del patrimonio.

Le quote vengono certificate e a scelta del sottoscrittore possono essere nominate o al portatore.

Le società di gestione prevedono tre tipologie di commissione: di sottoscrizione, di gestione e di rimborso. L'entità delle commissioni è variabile a seconda delle caratteristiche del fondo.

Fiscalmente il rimborso non è soggetto a trattenute fiscali non concorrendo a formare reddito imponibile. Sul patrimonio gestito dai fondi comuni grava però una imposta annua corrisposta direttamente dalla società di gestione che costituisce conseguentemente un costo, seppur in via indiretta.

Il conto-fondo

Il principio sul quale si basa il conto-fondo è quello dei vasi comunicanti tra la liquidità del conto corrente bancario e un investimento in un fondo comune (di solito obbligazionario).

Dopo aver fissate tre soglie di giacenza (la minima, la media e la massima) quando il saldo in banca supera

la soglia più alta le eccedenze vengono travasate automaticamente nel fondo comune, mentre quando la liquidità sul conto corrente scende sotto il minimo fissato vengono disinvestite delle quote del fondo e versate sul conto in banca a riequilibrare il saldo.

Nel conto-fondo due sono dunque le tipologie di rendimento: il tasso di interesse stabilito per il conto corrente e il rendimento collegato al fondo che generalmente è più elevato.

Con questo sistema, gestito dalla propria banca, i risparmi renderebbero di più.

Non vanno trascurati, però, i costi delle operazioni finanziarie; inoltre bisogna concordare col proprio istituto di credito che le eventuali operazioni di travaso non siano in numero limitato nel mese.

In particolare, nel conto-fondo bisogna:

- non accettare passivamente le soglie di giacenza proposte dall'istituto di credito, ma calibrarle secondo le proprie esigenze;
- tenere presente che con soglie troppo elevate si rischia di lasciare capitali sul conto corrente con rendimenti molto bassi; al contrario, soglie troppo basse fanno correre il rischio di non aver a disposizione somme necessarie per la normale routine familiare e di andare col conto in rosso;
- controllare il fondo comune cui è agganciato il conto corrente perché non tutti i prodotti sono uguali;
- verificare le spese e le relative commissioni nella gestio-

ne (sia relativamente al conto corrente che al fondo comune), evitando, se possibile, formule in cui ad ogni travaso corrispondano delle spese;

- evitare i prodotti in cui le operazioni, ed in particolare il disinvestimento dal fondo al conto, possono avvenire una sola volta al mese;

- contrattare le spese relative al conto corrente e al tasso di interesse;

- preferire i conti-fondo legati a fondi di investimento che non prevedono commissioni di ingresso e, in particolare, di uscite;

- chiarire se le commissioni di gestione si riferiscono solo ai capitali che vengono convogliati nel fondo oppure a tutto il complesso del deposito.

È evidente come il conto-fondo non può essere considerato come una forma di investimento, quanto piuttosto uno strumento di gestione della liquidità con un maggior rendimento: il rendimento del fondo cui è collegato deve integrare il basso rendimento del tasso del conto corrente e ciò senza che venga meno la possibilità di una liquidità immediata. •

(*) Consigliere Enpam



di Carlo Ciocci

Dottor Grossi, come nasce l'idea di trasformare le avventure di "Overland" in una missione odontoiatrica per i bambini degli orfanotrofi?

Preliminarmente va detto che la maggior parte delle persone conosce "Overland", la missione che ha percorso il mondo in lungo ed in largo con gli ormai famosi camion di colore arancione e trasmessa dalla Rai in più di 50 puntate di cui l'ultima a Natale. L'idea è partita con la richiesta all'Iveco di concederci questi potenti mezzi per essere utilizzati in una spedizione con finalità odontoiatriche. Prima di noi non esisteva nessuna missione che vedeva impegnati così tanti dentisti e per un tempo così lungo e questo stato di cose ci ha spinto ad avventurarci in una vera e propria impresa: trovare veicoli efficienti, il massimo della tecnologia in termini di attrezzature odontoiatriche, coinvolgere professionisti per prestazioni ad altissimo livello a favore dei bambini bisognosi di aiuto e creare rapporti con le istituzioni locali. Tutto questo si è realizzato anche grazie all'autorevolezza del nostro partner scientifico che è l'Ateneo Vita e Salute dell'Ospedale San Raffaele di Milano, il cui reparto di Odontoiatria diretto dal prof. Gherlone ha formulato tutti i protocolli di trattamento, e delle altre aziende molto innovative che hanno recepito il no profit come parte della loro mission

Lionello Grossi, medico chirurgo odontoiatra, è fondatore del progetto "Overland for smile" in favore dei bambini ospiti di orfanotrofi dei Paesi dell'est europeo. Solo nel 2006 percorsi 50mila chilometri, visitate 60 strutture, svolte missioni in undici città, sottoposti a visita medica più di 3mila bambini, di cui "trattati" circa 2mila che hanno richiesto 4mila prestazioni

Il dott. Lionello Grossi



Volontari per ridare il sorriso ai bambini

Gli scopi dell'Onlus "Overland for smile": curare i bambini degli orfanotrofi, insegnare al personale locale le regole e le tecniche per fare prevenzione, promuovere interscambi culturali tra l'Italia ed i Paesi nei quali si svolgono le missioni. I rapporti con gli Ordini dei medici e degli odontoiatri

aziendale: Vitali, Loran, Umbra, Cattani, Bienair, Euronda, Creation, Faro, Kaber, Tecno-gaz, Mec-tron, Silfradent ed altre che fanno a gara per partecipare al grande progetto italiano.

Com'è organizzata "Overland for smile"?

La nostra è una Onlus, e come tale non può generare alcun profitto, della quale fa parte anche la storica figura del fondatore delle missioni di Overland, Beppe Tenti. Io sono il presidente, la vice presidente è Cinzia Prazzoli, insostituibile punta di diamante dell'organizzazione; il dott. Christian Riboldazzi, chirurgo maxillo facciale, è il direttore clinico ed operativo della missione, presente sul territorio per tutta la durata della campagna umanitaria; Caterina Nurra è la coordinatrice nazionale per assistenti ed igieniste dentali; il dott. Matteo Cavallini è il coordinatore dei rapporti con i medici dentisti e gli odontoiatri; l'ing. Pierluigi Chierici è il responsabile della logistica e dei rapporti con la casa madre Iveco, con la concessionaria Orecchia (dealer italiano) e con Cefin (dealer Iveco più importante nei paesi dell'est che non ci abbandona mai durante la missione).

Come operate sul territorio?

Siamo suddivisi in squadre di venti, massimo venticinque operatori. I colleghi raggiungono la loro destinazione, quest'anno in Romania, ogni settimana

I prossimi viaggi dei medici in Kosovo, Bulgaria, Ucraina e Siberia

a proprie spese arrivando a Bucarest o Timisoara; da lì vengono condotti con le nostre navette presso l'orfanotrofio di turno. La missione dura sette giorni da sabato a sabato ed in quell'arco di tempo viviamo tutti assieme condividendo con i bambini il pranzo, le giornate e le grandi emozioni. Trascorsa la settimana, il medico viene riaccompagnato all'aeroporto tra i baci e gli abbracci di tutti, per il rientro in Italia, e noi attendiamo la squadra successiva. Queste missioni si svolgono dal primo giugno al trenta settembre. Complessivamente si tratta di coordinare circa 350-400 medici, assistenti ed igieniste provenienti da tutta Italia.

Le istituzioni locali favoriscono la vostra attività? I Paesi dell'est hanno spesso una burocrazia piuttosto complicata: noi, però, operando ormai da tempo, avendo reso note le

nostre intenzioni umanitarie, siamo apprezzati. Ed oltre a ciò abbiamo stretto un accordo con gli Ordini dei medici e dei dentisti locali in base al quale possiamo curare i "loro" bambini. Quest'anno, ed è una novità, anche medici romeni, essendo entrati in Europa, faranno parte, penso con entusiasmo, delle nostre missioni.

Questo significa che i bambini verranno seguiti dai medici del luogo dopo essere stati visitati da voi?

Esattamente. Infatti da quest'anno, come dicevo, creeremo un rapporto sempre più stretto con i medici del luogo ed uno dei frutti di tale collaborazione è rappresentato dal fatto che una volta terminata la nostra missione saranno loro a seguire tutti i piccoli pazienti quando saranno necessari successivi interventi.

L'attività di volontariato a livello personale che cosa vi regala?

Rispondo con le parole di una collega che il primo giorno di missione mi aveva confidato di essersi trovata tra noi esclusivamen-



Volontarie all'opera

te perché aveva accompagnato altri colleghi. Ebbene, dopo tre giorni di attività con "Overland for smile" mi ha confessato che stava trascorrendo i giorni più belli della sua vita, umanamente e professionalmente. Personalmente aggiungo che si tratta di un'esperienza difficilmente descrivibile quella di portare un concreto aiuto a bambini senza famiglia, bambini che si presentano a noi impauriti, con grandi ferite nel loro piccolo cuore, ma che riusciamo a curare cercando, per quanto possibile, di farli sentire a loro agio ed amati. Potrei definire tutto questo un "tuffo nelle emozioni", un'esperienza profondamente appagante che nessuna cifra può comprare.

La prossima missione?

Partiremo dalle montagne al confine con l'Ucraina dove ci sono luoghi di rara bellezza protetti dall'Unesco e ci dirigeremo a sud, sino al Mar Nero. Si tratta di raggiungere orfanotrofi in zone molto povere. Per i prossimi anni l'obiettivo è quello di allargare il nostro raggio d'azione raggiungendo il Kosovo, la Bulgaria, l'Ucraina e la lontana Siberia. Ed a proposito delle nostre missioni, e più in generale della nostra attività, per saperne di più si può visitare il nostro sito internet www.overlandforsmile.com.

Si potrà anche comprendere come aiutare la vostra benemerita organizzazione. Grazie dottor Grossi. •

L'interno dei veicoli di "Overland for smile"



Una simpatica foto di gruppo

di Andrea Sermonti

Dove si opera in modo così rivoluzionario in Italia? “In pochissimi centri – risponde Salvatore Virzì – qui da noi, a Milano, ora anche a Forlì... ma come ‘numeri’ siamo un Centro di livello assoluto. Da poco sono tornato dagli Stati Uniti dove ho parlato davanti allo spagnolo Moreno Gonzales, da tutti considerato un ‘guru’ della chirurgia, per presentare il caso di una carcinosi peritoneale diffusa in una paziente operata l’anno scorso, che ora sta bene”.

E questo succede di rado?

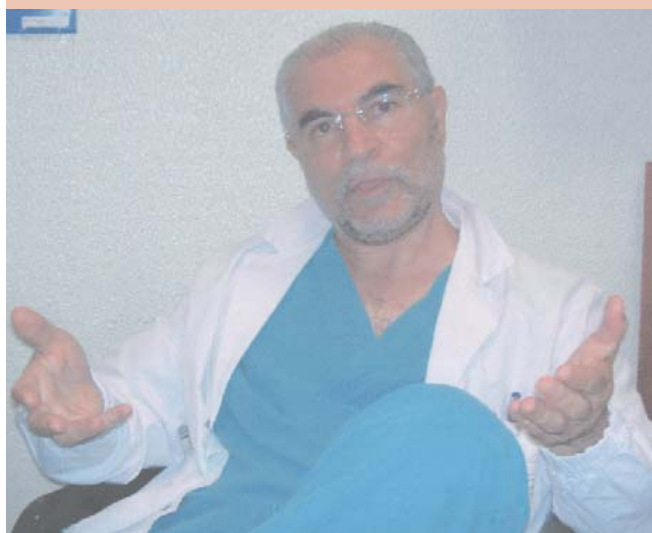
La carcinosi peritoneale diffusa è una malattia che la maggior parte dei chirurghi – non solo in Italia ma a livello mondiale, in maniera secondo me sbagliata – ritiene ancora oggi inoperabile: come dire che il paziente è destinato a morire in sei mesi. Questa è una triste statistica ‘mondiale’: un paziente non trattato con terapie mediche e chirurgiche ha di norma, dopo sei mesi, una mortalità del cento per cento.

Perché il responso finale è così terribile?

Perché la carcinosi peritoneale diffusa è una malattia che, appunto, si diffonde in tutto il peritoneo, l’organo situato nell’addome viscerale che ricopre gli intestini, il fegato, la milza: quando c’è una carcinosi, questa si diffonde

Il prof. Salvatore Virzì dal 2001 è responsabile dell’Unità Operativa di Chirurgia dell’Ospedale di Bentivoglio (BO). Autore di oltre 60 pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali, dal 2006 è membro del comitato direttivo della Società Italiana Terapia Integrata Locoregionale (SITILLO)

Salvatore Virzì, Responsabile U.O. di Chirurgia dell’Ospedale di Bentivoglio (Bologna)



“Ecco la chirurgia d’avanguardia” Quando la speranza è al lumicino

“Pochi rischiano una chirurgia di frontiera come il carcinoma peritoneale perché le possibilità sembrano essere ridotte al lumicino”, ma non sempre è così: sono infatti incoraggianti i risultati di due anni di interventi di chirurgia citoriduttiva e chemioipertermia intraperitoneale

in tutto il peritoneo e quindi tutti gli organi finiscono, nella maggior parte dei casi, con l’essere interessati da questa metastasi. Fino a pochi anni fa si pensava fosse una malattia inguaribile, poi si è scoperto che il peritoneo è un organo che è possibile asportare ed un collega americano, Sugar Becker, cominciò a trattare questi malati pubblicando poi i risultati dei suoi interventi. E così si è scoperto che i suoi malati, a distanza di anni, rimanevano in vita. È chiaro che si tratta di un intervento abbastanza impegnativo, che può essere effettuato solo dopo tanti anni di esperienza e da un chirurgo che sappia trattare tutti gli organi all’interno dell’addome.

E come si interviene?

Bisogna asportare tutti gli organi colpiti che, ovviamente, non siano indispensabili alla sopravvivenza. Durante questo tipo di intervento ‘citoriduzionale’ generalmente asportiamo tutto il colon, l’utero e le ovaie, parte del peritoneo parietale, il piccolo intestino – se interessato da malattia – e la milza: in sostanza rimuoviamo tutti gli organi colpiti, in maniera tale che alla fine dell’intervento non residui malattia visibile nell’addome. O almeno in quantità non superiore ai due millimetri di spessore.

E quando vi fermate?

Davanti ad una carcinosi peritoneale diffusa, quan-

L'operazione può durare un'intera giornata

do è interessato in toto anche il piccolo intestino, perché se lo asportassimo il malato non sopravviverebbe. Comunque riusciamo ad intervenire sul piccolo intestino anche quando la malattia non è altamente maligna: se riusciamo a fare una toilette completa abbiamo una possibilità di sopravvivenza degli ammalati, a cinque anni, anche del 95%. E sto citando dati 'certi', pubblicati non solo da noi ma anche da altri Centri. Noi non ci interessiamo solo di carcinosi da peritoneo, ma anche di carcinosi da cancro ovarico e del colon, perché il cancro ovarico è una malattia che si diffonde nel peritoneo e, guarda caso, si diffonde anche nelle donne giovani, dalle ovaie a tutti gli altri organi.

Utilizzate qualche macchinario particolare?

Abbiamo diversi farmaci che funzionano per il cancro ovarico e durante l'intervento chiudiamo direttamente l'addome, mettiamo cinque tubi all'interno – tre in uscita e due in entrata – li colleghiamo ad una macchina per l'ipertermia che ha inventato un milanese e che è distribuita in tutto il mon-

Morbilità e mortalità sui pazienti trattati

Su 61 pazienti, con età media di 58 anni, affetti da carcinosi peritoneali e trattati nell'arco di due anni presso l'Ospedale Bentivoglio, è stato condotto uno studio per analizzare le variabili che influenzano la morbidità e la mortalità. Dallo studio emerge che è stato possibile effettuare citoriduzione e chemioipertermia su 55 pazienti (il 90% selezionati per questo tipo di trattamento). Sei pazienti, infatti, sono stati esclusi dal trattamento combinato e sono stati sottoposti a un trattamento chirurgico palliativo. Per la valutazione della morbidità e della tossicità sono stati presi in considerazione gli eventi accaduti entro il 28° giorno post-operatorio. La citoriduzione è stata ottimale (CC-0-1) in 53/55 pazienti (96%) mentre sono state osservate 11 (20%) complicanze post-operatorie: fistola anastomotica (5%), perforazione intestinale (3%) e svenimento associato ad emorragia (2%). Tali pazienti hanno necessitato di reintervento. In tre pazienti (5%) è stato osservato un ascesso addominale che ha richiesto un drenaggio eco-guidato. Due pazienti (5%) sono deceduti nel periodo post-operatorio. Infine, sono stati osservati un caso di tossicità ematica e 8 casi di tossicità renale. L'analisi multivariata ha identificato la durata dell'intervento a più di 11 ore quale fattore di rischio indipendente per insorgenza di complicanza post-operatoria. Dopo un follow-up medio di 11 mesi, 6 pazienti sono deceduti per progressione di malattia, 31 pazienti risultano liberi da malattia ed i rimanenti 21 sono vivi con malattia.

do e immettiamo fino a sei litri di un liquido ad alta temperatura all'interno dell'addome del paziente. Si è dimostrato che il calore già di per sé comporta una disfunzio-

ne del tessuto umorale perché lo stesso è un tessuto caotico – formato da vasi caotici che non hanno come i vasi normali una struttura ben definita – che favorisce l'immis-

sione del farmaco dentro la cellula. Questo ciclo di ipertermia consente di sterilizzare la cavità addominale in maniera tale da dare una ulteriore chance all'ammalato.

Le conclusioni dello studio

Follow-up medio di 11 mesi (1-24)

- 31 pazienti risultano liberi da malattia
- 6 pazienti sono deceduti per progressione di malattia
- 21 pazienti risultano vivi con malattia

90% di pazienti CC0/1 conferma l'efficacia dei criteri di selezione adottati

- Percentuali di morbidità, tossicità e mortalità riscontrate in questa casistica sono sovrapponibili alla media dei dati riportati in letteratura

Durata della procedura

- fattore predittivo di morbidità e mortalità maggiormente significativo

Necessari ulteriori studi per valutare

- l'impatto della metodica sulla sopravvivenza
- migliore definizione dei dati prognostici

Un intervento assai impegnativo.

È una chirurgia che impegna per ore ed ore. Per un intervento di questo tipo dobbiamo prevedere una sala operatoria a disposizione per tutto il giorno: prima l'intervento e poi i trattamenti, si comincia alle otto del mattino e spesso si finisce alle dieci di sera... Ed è un impegno anche dal punto di vista economico, perché le spese per questo tipo di intervento chirurgico sono superiori ai 25mila euro. Ma ne vale la pena... •

di Marco Vestri

Dati recenti dimostrano che la celiachia è una delle malattie croniche più comuni nel nostro Paese con una prevalenza che si attesta intorno a 1:100.

Professor Castellucci come si fa la diagnosi?

I test di screening utilizzati per la diagnosi di celiachia sono rappresentati dalla ricerca degli anticorpi anti-transglutaminasi tissutale (tTG) e dagli anticorpi anti-endomisio (EMA). La recente disponibilità in commercio di Kit EMA e anti tTG di classe IgG permetterà finalmente di superare il problema dello screening della celiachia in pazienti con deficit di IgA. Nonostante l'alta specificità dei test sierologici (EMA e anti tTG specificità del 98-100%), la diagnosi di celiachia dovrà sempre essere confermata da una biopsia intestinale che presenti i requisiti istologici minimi. In casi selezionati può rendersi necessaria la caratterizzazione immunoistochimica (CD3, CD4, CD8, gamma-delta) dell'infiltrato flogistico e la tipizzazione genetica (HLA).

Perché è importante la diagnosi?

Una diagnosi corretta e una rigorosa dieta aglutinata sono fondamentali perché in grado di eliminare i sintomi presenti ma, soprattutto, evitano problemi futuri. Infatti una

Il prof. Giuseppe Castellucci, pediatra gastroenterologo, è direttore del Dipartimento Interaziendale dell'età evolutiva dell'Azienda Ospedaliera di Perugia e dell'Asl 3 di Foligno. È consigliere nazionale della Società Italiana di Gastroenterologia, Epatologia e Nutrizione Pediatrica e consulente scientifico per l'Umbria dell'Associazione Italiana Celiachia

Il prof. Giuseppe Castellucci



Parliamo di celiachia diagnosi e progressi

Nonostante sia una delle malattie croniche più diffuse nel nostro Paese, la sottostima diagnostica della celiachia ha un'incidenza molto alta. Questo impone di ottenere dati epidemiologici sempre più aggiornati e di rivedere le politiche di screening. L'importanza di identificare terapie che consentano di assumere il glutine senza effetti dannosi

possibile complicanza è rappresentata dallo sviluppo di linfomi e di carcinomi intestinali. Una maggiore incidenza di carcinomi della bocca, della faringe e dell'esofago è stata riscontrata in adulti celiaci non trattati. Allo stato attuale delle conoscenze l'enteropatia da glutine è da considerarsi come un importante fattore di rischio per lo sviluppo di tumori maligni dell'intestino.

Qual è la terapia?

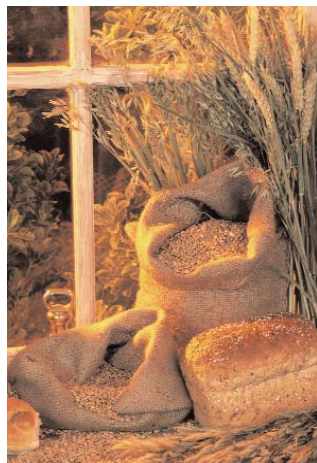
L'unico presidio terapeutico della malattia celiaca è rappresentato dall'esclusione rigorosa e permanente del glutine dalla dieta, cui segue la normalizzazione del quadro istologico intestinale e la regressione della sintomatologia clinica. Un regime dietetico controllato garantisce ai pazienti un'esistenza normale tanto da poter considerare la celiachia una non malattia.

Prospettive future?

La celiachia è una malattia in cui le conoscenze sono in continua evoluzione sia nel campo della ricerca che nel campo della standardizzazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Pertanto è opportuno definire le priorità nella cui direzione devono essere convogliati gli sforzi dei clinici e dei ricercatori al fine di migliorare lo stato di salute e la qualità di vita dei pazienti. La sottostima diagnostica della celiachia impone di ottenere dati epidemiologici

Continua evoluzione delle ricerche e delle procedure diagnostiche e terapeutiche

sempre più aggiornati e di rivedere le politiche di screening, identificando le metodiche più appropriate. La strategia di "case finding", che mira a individuare i pazienti non diagnosticati nelle categorie a rischio, impone una conoscenza delle proteiformi manifestazioni cliniche della malattia oltre a una standardizzazione delle procedure sierologiche più idonee alla identificazione dei pazienti con la definizione di algoritmi diagnostici di semplice esecuzione, ma di elevata efficacia. Sotto il profilo terapeutico, è importante identificare standard uniformi per la definizione dei prodotti privi di glutine. Definire la soglia minima di glutine consentita negli alimenti è un settore di ricerca che impegna numerosi



gruppi. Ma oltre questo approccio lo scopo è fondamentalmente quello di identificare terapie che consentano al paziente di assumere il glutine senza effetti dannosi. Il glutine, infatti, è un componente molto diffuso nella nostra tradizione alimentare e i disagi per il paziente sono notevoli. L'identificazione di glutine privato delle frazioni putativamente tossiche è l'obiettivo finale di molti studi. Per raggiungere questi obiettivi la comunità scientifica internazionale sta prodigandosi nello studio dell'identificazione delle frazioni tossiche del glutine e sulla possibilità di interferire con la loro tossicità. Tentativi di detossificazione mediante peptidasi batteriche sono ancora oggetto di dibattito scientifico. Oltre che interferire sull'alimento, obiettivi importanti della ricerca sono rappresentati dai tentativi di interferire sulla abnorme risposta mucosale del celiaco al glutine. I meccanismi patogenetici della celiachia sono complessi e al momento non ancora definiti in tutti i loro dettagli. La conoscenza di questi meccanismi potrà consentire di individuare terapie biologiche della malattia. Occorre, infine, sottolineare che la celiachia, a differenza di altre patologie su base autoimmune, ha una terapia che controlla, nella maggior parte dei casi, i sintomi e l'evoluzione della malattia. Il ricorso a terapie bio-



logiche è pertanto auspicabile, ma deve essere considerato con cautela. Un discorso diverso riguarda le rare forme di Celiachia Refrattaria per le quali non esiste di fatto una terapia.

Che cosa ne pensa del recente studio pubblicato su Plos Medicine riguardo la scoperta dei rapporti esistenti tra l'infezione da Rotavirus e la celiachia?

È un lavoro interessante che enfatizza ulteriormente il ruolo cruciale dell'attivazione immunomediata nella patogenesi della celiachia. Ulteriori studi sa-

ranno però necessari per chiarire, in maniera dettagliata, le modalità attraverso cui l'attivazione di tale immunità è in grado di indurre l'insorgenza della celiachia solo nei soggetti geneticamente predisposti. La concomitanza di infezioni come quelle da Rotavirus potrebbe rappresentare un elemento favorente l'insorgenza della patologia. Le conoscenze nel campo della celiachia sono in continua evoluzione e pertanto c'è da augurarsi che in un futuro molto vicino nuovi scenari diagnostici e terapeutici siano disponibili per i pazienti. •

Quando eseguire i test di screening

- Storia di anemia non ben spiegata
- Problemi di infertilità
- Storia di aborti spontanei
- Bassa statura, scarso accrescimento
- Disturbi gastrointestinali: alvo irregolare, meteorismo, dolori addominali
- Disturbi neurologici non ben definiti (atassia)
- Parenti di primo grado di pazienti celiaci
- Soggetti Down
- Soggetti che hanno ricevuto una diagnosi di patologia autoimmune
- LES, Basedow, tiroide, artrite reumatoide, morbo di Sjogren, diabete tipo I, orticaria cronica

Là dove si muore perché manca tutto

La tragedia di un Continente dove in molti Paesi si perde la vita a causa della sete. Manca l'acqua ai bambini che si spengono come gli insetti. Le statistiche non prevedono luce ma un terribile allungamento di una spaventosa agonia



La distribuzione del cibo all'orfanatrofio di Gao, Mali

testo e foto di Ezio Pasero

Non meno di quaranta litri, tanta è l'acqua che utilizziamo per una normalissima doccia, noi che viviamo nell'emisfero fortunato del globo. E quaranta litri d'acqua rappresentano circa un sesto del nostro fabbisogno quotidiano, per non parlare degli assurdi sprechi provocati dalle perdite di vecchie condutture o da usi irrigui impropri. Un contadino africano, invece, dispone mediamente di venti litri d'acqua al giorno in tut-

to, cioè neppure la metà di quei cinquanta litri indicati come fabbisogno minimo necessario dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Così, si capisce come ogni anno, sempre secondo l'Oms, le malattie legate alla carenza di acqua e all'uso di acqua impropria, prime fra tutte il colera e la dissenteria infantile, costino la vita a circa due milioni di bambini, la maggior parte dei quali sotto i cinque anni di età. È un dato che si commenta da solo: espresso in un modo diverso, significa che ogni giorno, so-

lo per mancanza di acqua, muoiono seimila bambini, cioè 250 ogni ora, quattro ogni minuto, due o forse tre da quando avete cominciato a leggere questo articolo. Le regioni in via di sviluppo, come l'Africa subsahariana, sono quelle maggiormente a rischio: un essere umano su due viene colpito da queste malattie, che in realtà sarebbero tutte facilmente prevenibili e che colpiscono le fasce più deboli della popolazione, cioè appunto i bambini. Il fatto è, tra gli altri, che la quantità di acqua in Africa

nel corso degli ultimi cento anni è parzialmente diminuita, soprattutto a causa dell'inquinamento e dei processi di progressiva desertificazione della parte settentrionale del continente; mentre la popolazione di quest'ultimo è quintuplicata, passando nello stesso arco di tempo da meno di duecento milioni di abitanti a oltre novecento; e il trend demografico, il più alto dell'intero pianeta, continua, tanto che gli africani, che cent'anni fa erano un terzo degli europei, nel 2050 saranno il triplo degli abitanti del Vecchio Continente.

Se alle tragedie provocate dalla mancanza d'acqua aggiungiamo quelle legate alla scarsità di cibo e alla malnutrizione, allora i bambini che muoiono ogni anno nei paesi del Terzo mondo diventano sei milioni, vale a dire una cifra che equivale grosso modo all'intera popolazione prescolare di un paese come il Giappone. E questa volta i dati sono quelli della Fao che, nel suo rapporto Sofi 2006 sullo "Stato dell'Insicurezza Alimentare nel Mondo", sottolinea che "molti di questi bambini muoiono a causa di malattie curabili come diarrea, polmonite, malaria e morbillo" e che "riuscirebbero a sopravvivere se il loro organismo e il loro sistema immunitario non fossero stati indeboliti da fame e malnutrizione".

Sofi 2006 mette al centro

**L'Africa
subsahariana
a maggior
rischio**

Sei milioni di bambini condannati a morire

della sua analisi la necessità improcrastinabile di ridurre la fame nel mondo, dove sono ancora 820 milioni le persone che soffrono di sottanutrizione nei paesi in via di sviluppo. Facendo rilevare che le promesse non sono un sostituto del cibo, il direttore generale della Fao, Jacques Diouf, ha fatto appello ai leader mondiali affinché rispettino l'impegno solenne, preso dieci anni fa, di dimezzare il numero delle persone che soffrono la fame entro il 2015. "A dieci anni dal Vertice Mondiale dell'Alimentazione", ha detto Diouf, "nei paesi in via di sviluppo ci sono più persone affamate oggi di quante non ce ne fossero allora, nel 1996. E lungi dal diminuire, questo numero è in realtà in aumento, alla media di quattro milioni l'anno, mentre per onorare l'impegno preso al vertice si dovrebbe ridurre il numero dei sottnutriti di 31

Una bimba nell'ospedale delle Carmelitane di Tangueta, in Benin



Bambini in Ghana



milioni l'anno da oggi sino al 2015".

I paesi africani in cui le condizioni di vita sono più drammatiche, soprattutto per la popolazione infantile, sono proprio quelli della fascia subsahariana, a nord del Golfo di Guinea. Come il Mali, dove un bambino su quattro muore prima dei cinque anni di età e dove la mancanza d'acqua è tra le cause principali di una diffusissima cecità, che colpisce due milioni di persone su dodici milioni di abitanti. E come il Niger, che si trova di fronte a una crisi alimentare acuta e cronica, a causa della siccità, degli scarsi raccolti e delle ripetute invasioni di locuste, che hanno dato luogo a una vera e propria carestia di dimensioni bibliche. Più di un milione e 800mila persone, tra le quali 380mila bambini sotto i cinque anni, hanno vissuto nell'insicurezza alimentare

per l'intero anno passato. I contadini impoveriti, cioè la maggioranza della popolazione del Niger, hanno dovuto vendere le scorte di cereali per ripagare i debiti contratti l'anno precedente e le famiglie si nutrono or-

Nel 2010 ci saranno 40 milioni di orfani

mai delle bacche e di alcune specie di insetti che trovano nella savana, a scarissimo tenore nutritivo. Nel corso dell'anno, sono stati oltre 500mila i bambini denutriti che hanno dovuto usufruire dei programmi terapeutici e nutrizionali dell'Unicef.

Moltissimi di questi bambini sono orfani: sono i figli delle vittime dell'Aids, a loro volta spesso nati già in-

fettati dalle madri. Statistiche e proiezioni dicono che già nel 2010, cioè fra tre anni, in Africa ci saranno quaranta milioni di orfani. Nasce da numeri come questi l'esigenza di educare per fermare la strage. Di creare e portare avanti programmi sanitari familiari, come quelli dell'Amref, una Ong italiana che si avvale però di uno staff tecnico multidisciplinare composto per il 95 per cento da professionisti africani: medici ed esperti sanitari, educatori, formatori, sociologi e ingegneri. Amref è attiva con progetti e programmi di sviluppo in quattordici paesi africani, e il suo braccio operativo più noto è il servizio dei Flying Doctors, i medici volanti, che portano regolare assistenza specialistica e chirurgica agli ospedali delle zone isolate. Ma anche per questa associazione, l'emergenza principale rimane la scarsità di acqua. E per finanziare la costruzione di pozzi, ha messo sul suo sito Internet un gioco che ci invita a confrontare le nostre abitudini (e i nostri sprechi) con i 20 litri quotidiani che una donna africana ha a disposizione per bere, cucinare e lavarsi. Così, scopriamo che utilizziamo 25 litri d'acqua per far funzionare la lavastoviglie e 55 per la lavatrice, 150 per farci un bagno e addirittura 200 per lavare l'automobile... E scopriamo, soprattutto, che anche i nostri figli morirebbero per quelle stesse malattie che noi ormai consideriamo quasi banali, se come gli africani disponessimo di 20 litri soltanto di acqua al giorno e nessuno ci aiutasse in modo concreto, come noi dovremmo fare con loro. •



Roald Amundsen

Marzo e le sue storie...

*Il ricordo è l'unico paradiso dal quale
non possiamo venir cacciati.*
Jean Paul, Impromptus

7 MARZO 1912

"7 marzo, 3,40 di mattina: Polo sud raggiunto 14-17 dicembre 1911. Siamo sani e salvi". Questo il testo del telegramma con il quale il norvegese Roald Amundsen annunciò dalla Tasmania a suo fratello di aver conquistato il Polo sud. La sua spedizione consisteva di quattro slitte tirate da 42 cani in grado di aggirare l'infinito numero di crepacci presenti sul terreno. Raggiunsero tra mille difficoltà il plateau centrale antartico ed il 15 dicembre il Polo sud. Quando un mese dopo l'inglese Robert Scott raggiunse la stessa meta, si trovò di fronte alla bandiera norvegese piantata nel terreno da Amundsen.

1 MARZO 1920



Ghandi

Mohandas Karamchand Gandhi determinato ad ottenere l'indipendenza dell'India dalla Gran Bretagna inizia una campagna di resistenza non violenta



2 MARZO 1933

Per la prima volta viene proiettato negli Stati Uniti il film King Kong.

5 MARZO 1953

Iosif V. Stalin muore per emorragia cerebrale. Una folla immensa seguì i funerali ed il corpo venne imbalsamato e tumulato nel mausoleo Lenin. Solo tre anni dopo, Nikita Kruscev, nuovo segretario del partito, nel corso del XX congresso del Pcus denunciò i crimini di Stalin dando il via, in politica estera, a quella di-

stensione che muterà, in particolare, i rapporti con gli Stati Uniti.



Stalin

18 MARZO 1965

Aleksej Leonov, in orbita intorno alla Terra con la navicella Voshod 2, compie per la prima volta una



Aleksej Leonov

"passeggiata" nello spazio. L'avventura dell'uomo nello spazio era iniziata nell'aprile del '61, quando Jurij Gagarin compì il primo volo orbitale; nel '63 le Vostok 5 e Vostok 6 - su quest'ultima viaggiava la prima astronauta donna - avevano compiuto poi manovre di avvicinamento per tentare l'aggancio nello spazio, operazione che riuscì nel '66 alla navicella Gemini 8.

2 APRILE 1982

Militari argentini sbarcano sulle isole Falkland: dopo una breve resistenza da parte dei soldati inglesi il governatore britannico Rex Hunt fu costretto ad arrendersi.

La risposta della Gran Bretagna, in quegli anni guidata dal primo ministro Margaret Thatcher, non si fece attendere. Il sottomarino Conqueror affondò un incrociatore argentino, mentre l'aviazione dello Stato sudamericano riuscì ad affondare almeno cinque navi britanniche. Nonostante la superiorità numerica l'Argentina capitolò ed il

presidente Galtieri si vide costretto alle dimissioni.

23 MARZO 1983

Alberto Cova è oro nei diecimila metri corsi in Finlandia ai campionati mondiali di atletica leggera. Francesco Panetta, invece, si impone al secondo posto nei tre mila siepi.

Nessun allarme per gli ambulatoriali

Una notizia pubblicata e commentata su un giornale economico contiene alcune inesattezze che vanno chiarite per evitare equivoci e conseguenti allarmi

A pagina 31 del numero del settimanale "24 Ore Sanità" del 6-12 febbraio 2007, è comparso un articolo dal titolo "Ambulatoriali over 65, pensioni più leggere" che, pur essendo sostanzialmente corretto nei contenuti, contiene due significative inesattezze, le quali stanno provocando un certo disorientamento nella categoria dei medici, con un notevole aumento di richieste di chiarimento, scritte e telefoniche.

Nel testo si fa cenno ad una variazione dell'età di pensionamento, che sarebbe scesa da 70 a 67 anni per effetto dell'ultimo Accordo Collettivo Nazionale di categoria. Tale indicazione non corrisponde assolutamente al vero.

In effetti, all'art. 19 del contratto (ma tale disposizione era già contenuta nel precedente Accordo) al comma 4, lettera a), fra le cause di revoca immediata dall'incarico c'è *il compimento del 65° anno di età, ai sensi dell'art. 15-nonies del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive mo-*

dificazioni e integrazioni, fatto salvo che è facoltà dello specialista ambulatoriale di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un ulteriore biennio, e cioè fino al 67° anno di età. Tuttavia il medesimo contratto, con la norma transitoria n. 5, fa presente che il D. Lgs. n. 254 del 28 luglio 2000, all'art. 6, sospende (in attesa dell'attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della Commissione che dovrà essere istituita con Decreto del Ministro della Salute) l'efficacia delle disposizioni di legge che

riducevano il limite di età, e quindi continua ad applicarsi il limite previsto dall'art. 6, comma 4, lettera e) del DPR n. 500/96 (70 anni).

Quindi il limite di età per il pensionamento degli specialisti ambulatoriali, come di tutti i medici e gli odontoiatri convenzionati rimane allo stato fissato a 70 anni.

Sempre all'interno del testo viene proposta una esatta disamina dell'intervento correttivo entrato in vigore il 1° agosto 2006, intervento che ha sostituito, per i soggetti che accedono al pensionamento dopo il 65° an-

**Il limite di età per tutti
rimane fissato a 70 anni.
Dal 1° agosto 2006
le maggiorazioni percentuali
delle pensioni per gli iscritti
ultra sessantacinquenni
sono state abolite
e sostituite dal raddoppio
delle aliquote di rendimento**

no di età, le maggiorazioni percentuali sull'intero importo della pensione (fino ad un massimo del 20,12% per i settantenni) con il raddoppio del coefficiente di rendimento annuo (che per gli Specialisti ambulatoriali in servizio dopo i 65 anni passa dal 2,25 al 4,50%). Tuttavia, a corredo dell'articolo è stata pubblicata una tabella, denominata "**Le novità**", dove viene pubblicato un sunto delle vecchie maggiorazioni percentuali, abolite dalla riforma, atto ad ingenerare confusione negli interessati.

Va quindi ribadito che a decorrere dal 1° agosto 2006 le maggiorazioni percentuali della pensione per gli iscritti ultra-sessantacinquenni sono state abolite e sostituite dal raddoppio delle aliquote di rendimento, nel rispetto del principio del "pro rata" per i soggetti in attività che alla data del 1° agosto 2006 avevano già superato il 65° anno di età.

Queste precisazioni sono state inviate al supplemento "Sanità" de "Il Sole 24 Ore" affinché vengano corrette le inesattezze in un prossimo articolo. •

**Cause
di revoca
immediata
dall'incarico**

La peste è ancora tra noi

L'uomo del Terzo millennio deve affrontare, nonostante i progressi scientifici, le "grandi" malattie che provocarono flagelli nei secoli passati. Negli Usa nel 2006 si sono verificati 13 casi. Il rischio per i viaggiatori internazionali è comunque molto basso

di Walter Pasini (*)

Nella nostra società ipertecnologica e nonostante gli indubbi progressi della scienza medica, l'uomo del Terzo millennio ha ancora a che fare con malattie responsabili di flagelli che decimarono la popolazione mondiale nei secoli passati.

Non tutti sanno che la peste, conosciuta attraverso i capolavori del Boccaccio e del Manzoni, rimane ancora endemica in molte aree rurali e semi-rurali del mondo. Essa è ancora presente in Africa, nei paesi dell'ex Urss, nelle Americhe ed in Asia. Il focolaio maggiore resta quello di Ituri, nella Repubblica Democratica del Congo, che causa mediamente più di 1000 casi all'anno, molto attivo anche nel 2006 con parecchie centinaia di casi di peste polmonare. L'Africa è il continente dove si registra

Yersinia pestis osservato al microscopio con ingrandimento a 200x



Primo trattato sulla peste, scritto dal Muratori. Archivio di storia della medicina di Antonio Bortolotti.



circa il 90% dei casi a livello mondiale, ma, contrariamente a quanto si possa immaginare, la malattia persiste anche nel più evoluto dei Paesi occidentali, gli Stati Uniti d'America, dove nel 2006 (dal 16 febbraio al 14 agosto) sono stati notificati tredici casi. Si tratta del maggior numero di casi registrati negli Usa dal 1994. Gli stati dove si sono verificati i casi sono: New Mexico (7), Colorado (3), California (2) e Texas (1). Due di questi hanno avuto esito letale.

La peste è una malattia zoonotica, causata da un batterio, *Yersinia pestis*. È trasmessa tra animali e uomini attraverso il morso di una pulce infetta. Il bacillo entra nella pelle dal punto del morso e viaggia lungo il sistema linfatico ai più vicini linfonodi che, quindi, si infiamma-

no. I bacilli qui si replicano in gran numero ed i linfonodi si ingrossano (bubboni), diventano molli, dolorosi e possono suppurare. Se non trattata con antibiotici, come streptomycin, gentamicina, levofloxacin, la malattia ha ancora una letalità che va dal 30 al 60%. Dopo un'incubazione di 3-7 giorni, la malattia esordisce con febbre elevata, brividi, dolore alla testa e al corpo, stanchezza, nausea e vomito. Sono tre le forme cliniche principali: quella classica, la bubbonica con interessamento massivo del sistema linfatico ed ingrossamento marcato dei linfonodi specie all'inguine ed alle ascelle, la forma setticemica e quella polmonare che può essere dovuta ad una diffusione secondaria dell'infezione da un'iniziale forma bubbonica o esser-

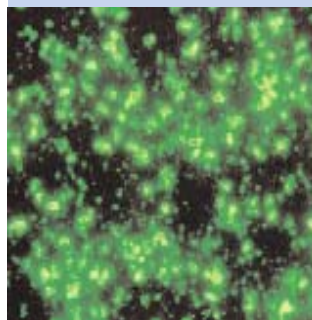
Il medico italiano non deve dimenticare questa malattia

dovuta ad un contatto uomo-uomo per via inalatoria. La mortalità delle due ultime forme è significativamente maggiore rispetto alla forma bubbonica.

Il rischio per i viaggiatori internazionali è molto basso, ma in una società caratterizzata dalla mobilità internazionale, il medico italiano non deve dunque dimenticare questa malattia, anche in considerazione della potenziale, seppur remota, possibilità di un uso di *Yersinia pestis* a scopo bioterroristico, attraverso un attacco per via aerosol che potrebbe causare una malattia polmonare e successivamente una diffusione da uomo ad uomo. La peste viene considerata dalla Cdc e dal Governo americano una delle principali armi biologiche, ragione di più per non dimenticarsene. •

(*) Direttore Centro OMS Medicina del turismo

Identificazione con anticorpi fluorescenti: il contorno del batterio assume un colore verde intenso





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 e di spazio si invita a trasmettere testi sintetizzati in circa dieci righe. Si ribadisce che la pubblicazione degli avvisi è gratuita.



Continuità assistenziale in ambito familiare e demenze senili

24 marzo, Istituto italiano di Medicina e Sociale, Via P. S. Mancini 28, Roma

Il corso, di una sola giornata, è rivolto a laureati in medicina e chirurgia.

I crediti Ecm attribuiti dal Ministero della Salute sono 9.

Il corso intende fornire al medico di famiglia gli strumenti più idonei per supportare le famiglie che assistono anziani e/o malati cronici.

In particolare: criteri per la diagnosi precoce delle demenze senili, idonee prassi di assistenza ed alimentazione, identificazione dei problemi a carico dei familiari.

Il supporto alle famiglie è di vitale importanza per affrontare precocemente e in modo idoneo le problematiche connesse alla demenza senile ed evitare ricoveri impropri.

Gli strumenti forniti durante il corso e le esercitazioni pratiche affineranno le capacità del medico nell'individuare precocemente le problematiche e forniranno indicazioni aggiornate per l'intervento ed il supporto alle famiglie.

Informazioni: Il programma del corso è consultabile sul sito dell'IIMS al seguente indirizzo: www.iims.it

Segreteria tecnico-organizzativa:

Simona Salis, tel. 06 3222711 tel/fax 06 3203978 cell. 346 6688640 e-mail: s.salis@iims.it

Complicanze ossee del cavo orale nel mieloma multiplo

Roma, 30 marzo, Aula di Patologia generale A, Policlinico Umberto I

Ecm richiesti per odontoiatri, medici, chirurghi (ematologi, oncologi, internisti)

Informazioni: Segreteria scientifica

dott.ssa MT Petrucci, Università "La Sapienza" Dipartimento di Biotecnologie Cellulari ed Ematologia

dott. A. Andriani, UOS di Ematologia, Osp. S.Giacomo

Segreteria organizzativa:

WT SRL, Via Città di Cascia 8, 00191 Roma tel. 06 40814777 fax 06 4067504

Scienza e tecnologia pneumologica

Respiro Trieste 2007 - 19, 20, 21 marzo, Centro congressi Stazione Marittima, Molo Bersaglieri 3, Trieste

Pneumocorsi, corsi teorico pratici: broncoscopia, pneumopatie infiltrative diffuse, polisonnografia e disturbi respiratori nel sonno, ventilazione meccanica non invasiva e terapia semi-invasiva respiratoria, corso per infermieri e fisioterapisti di area pneumologica.

Simposio: la tosse

Informazioni: coordinatore scientifico dott. Marco Confalonieri

Segreteria organizzativa: ALPHA STUDIO Event Management Company, Via G. Carducci 30

34125 Trieste, tel. 040 7600101, fax 040 7600123, e-mail: info@alphastudio.it, sito web: www.alphastudio.it

Impatto sociale dell'insufficienza venosa cronica

Pavia, 31 marzo, Aula Didattica polifunzionale Istituto di cura Santa Margherita, Via Emilia 12

Prima sessione: la sindrome varicosa

Seconda sessione: la trombosi venosa profonda

Responsabili scientifici: prof. Roberto Moia, prof. Giovanni Ricevuti, dott. Maurizio Daccò

Accreditamento richiesto per medici e Infermieri

Ecm: crediti assegnati ai medici n. 8

Segreteria organizzativa: Agenzia "We for You" - dott.ssa Daniela Lorenzini, Viale Libertà 10, Pavia

e-mail: weforyou@libero.it - tel. 338 4931653

e-Health

Periodo di svolgimento aprile-novembre - Camerino a.a. 2006/2007

Coordinatore: prof. Francesco Amenta

Finalità del Master è di formare conoscenze specifiche di tipo multidisciplinare, per comprendere appieno e soddisfare le numerose ed eterogenee esigenze legate alla complessità del problema di applicare le tecnologie delle telecomunicazioni e dell'informatica nel campo sanitario.

Al termine del percorso di studi, i partecipanti riceveranno il Diploma di Master Universitario di 2° livello.

Informazioni:

sito web: <http://web.unicam.it/health>, email: master.ehealth@unicam.it

tel. 0737 403311 - 403326, cell. 320 4381162



Neuro-posturologia clinica

secondo il concetto neuro-anatomico Bourdiol-Bortolin

Sede: Ex Convento San Francesco, Via E. De Amicis 4, Conegliano Veneto (TV)

Responsabile scientifico: dott. Giuseppe Bortolin

Piede proprioccezione e postura, 16/18 marzo

Posturologia clinica: il piede doloroso ed il piede diabetico, 4/6 maggio

Prevenzione e trattamento delle deviazioni sagittali ed elicoidali del rachide dell'età evolutiva e dell'adulto

Le cifose scoliosi, 26/28 ottobre

Informazioni: sito web: www.eurogemmer.com

e-mail: gemmerit@tin.it, tel. e fax 0423 900376

Università di Padova Ospedale pediatrico - Dipartimento di pediatria Bambino Gesù, Roma

Dalla diagnosi prenatale alla dimissione

Padova 22-24 marzo

Corso multidisciplinare per neonatologi, ostetrici, ecografisti ostetrici, chirurghi pediatri, psicologi

Argomenti: aspetti generali, patologia del collo, patologia polmonare, versamenti

pleurici, ernia diaframmatica, atresia esofagea più 2 letture magistrali.

Informazioni: LC Congressi tel. 049 8719922, e-mail: lc@lccongressi.it

Segreteria Scientifica: Piergiorgio Gamba, Paola Midrio

e-mail: piergiorgio.gamba@unipd.it, midrio@pediatria.unipd.it

Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Controllo ed autocontrollo dei prodotti alimentari

Anno accademico 2006-2007

Direttore del corso: prof.ssa Patrizia Laurenti, tel. 06 30154396

e-mail: plaurenti@rm.unicatt.it

La frequenza ad un Corso di Perfezionamento Universitario permette l'acquisizione di tutti i crediti Ecm previsti per l'anno.

Data inizio: 30 marzo 2007. **Data termine:** 7 luglio 2007

Informazioni: Servizio formazione permanente Università Cattolica Sacro Cuore

tel. 06 30154297, e-mail: sserafini@rmunicatt.it

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

Agopuntura e medicina non convenzionale in ginecologia ed ostetricia

24 marzo, Centro congressi "Unione Industriale Torino", Torino

Presidente: dott. Piero Ettore Quirico

Direttore Scientifico: dott. Giovanni Battista Allais

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 3042857; fax 0113045623

sito web: www.agopuntura.to.it

e-mail: info@agopuntura.to.it

L'evento è stato sottoposto a valutazione Ecm

Odontoiatria laser assistita

Nozioni clinico applicative sul corretto impiego del laser a diodi in odontoiatria

14 aprile, Vigevano (PV)

Presidente: prof. Gian Marco Pedrinazzi

Informazioni: **Segreteria organizzativa** dott. Minchiotti Giuseppe

Via Timavo, 7 - 27029 Vigevano (PV)

tel. 0381 83492 fax 0381 79739

e-mail: dott.minchiotti@tiscali.it

In fase di accreditamento Ecm



Convegno regionale sull'osteoporosi

Alimentazione, riabilitazione e osteoporosi

31 marzo, Centro Congressi, Pollenzo (CN)

Coordinatore scientifico: dott. Marco Monticone e-mail: mmonticone@gmail.com

Segreteria organizzativa: Starmed - P.zza Castello, 19 - 27100 Pavia

tel. 333.3653393 - sito web: www.unipv.it/labtime/LINKS/SIMFER/locandina.htm

Evento in fase di accreditamento per le figure professionali del medico chirurgo, del fisioterapista e del tecnico ortopedico.

Università di Messina

Psicodiagnostica clinica

Inizio: marzo 2007, sede del corso Policlinico Universitario Messina - Dipartimento di Neuroscienze,

Scienze Psichiatriche e A. Via Consolare Valeria - Messina

Il corso si propone di formare nella psicodiagnostica clinica ed in particolare all'uso dei proiettivi e all'interpretazione del reattivo di Rorschach.

La durata del corso è di 18 mesi (a cadenza mono-bisettimanale ed interruzione estiva) e attribuisce 90 CFU.

È richiesta la laurea in Medicina e Ch. o Psicologia (min anni 5).

Informazioni e coordinazione scientifica: prof. Salvatore Settineri e-mail: salvatore.settineri@unime.it

Per ulteriori informazioni: www.unime.it/psicodiagnostica

Ecografia Internistica

1 - 6 giugno, Castello di Gargonza, Monte San Savino (Arezzo)

Direttori: dott. Marcello Caremani e dott. Fabrizio Magnolfi

Servizio di Ecografia, Ospedale di Arezzo (tel. 0575 255208, fax 0575 255205)

I principali argomenti del corso sono rappresentati da: fegato, vasi portali, colecisti e vie biliari, pancreas, milza, tubo gastroenterico, reni, vescica, prostata, surrene, tiroide, ghiandole salivari, linfonodi, organi genitali femminili, mammella, polmone, traumi addominali, aorta, peritoneo e retroperitoneo, ecografia interventistica diagnostica e terapeutica, eco-color-Doppler, ecografia con contrasto (CEUS), tecnica dell'esame, terminologia e modalità di refertazione.

Informazioni: Ultrasound Congress, tel. 0575 380513, 348 7000999, fax 0575 981752,

e-mail: info@ultrasoundcongress.com, sito web: www.ultrasoundcongress.com

Dipartimento Scienze neurologiche Azienda ospedaliera Policlinico Umberto I°

Epilessie miocloniche ed il mioclono non-epilettico

28 aprile, Aula C.Gerin, Dipartimento Medicina Legale, Viale Regina Elena 336, Roma

Direttore del Corso: prof. O. Mecarelli

Crediti Ecm richiesti per medici e tecnici di neurofisiopatologia

Informazioni: Segreteria organizzativa PTS Congressi Via Nizza 45, 00198 Roma

tel. 06 85355590 fax 06 85356060, sito web: www.ptsroma.it/neurofisiopatologia2007

Giornate romane di medicina clinica

13-14 aprile, Hotel Villa Pamphili, Roma

Presidente: prof. Filippo Rossi Fanelli

Ecm: evento in fase di accreditamento

Il presente evento si propone di fornire un aggiornamento medico di elevato standard qualitativo nel campo della diagnostica per immagini, delle malattie cardiovascolari, della gastroenterologia e della medicina interna, attraverso l'erogazione di lezioni frontali e di ampio spazio dedicato alla discussione interattiva tra esperti e partecipanti all'evento. Il fine è quello di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici nelle discipline sopracitate. Il corso è indirizzato a internisti, cardiologi, gastroenterologi e medici di medicina generale.

Segreteria scientifica: prof. Maurizio Muscaritoli - Dipartimento di Medicina Clinica Università "La Sapienza" di Roma Viale dell'Università 37- 00185 Roma

tel. 06 49972016, fax 06 4461341, sito web: maurizio.muscaritoli@uniroma1.it

Segreteria organizzativa: OMNIA Meeting & Congressi s.r.l.

Via Torino, 29 - 00184 Roma tel. 06 4822029 - fax 06 4815339

e-mail: info@omniaeeting.com, sito web: www.omniaeeting.com



Velocimetria doppler nella clinica ostetrica e ginecologica

16 marzo, Cecina (LI)

Direttori del corso: G. Scarselli, C. Tantini

Informazioni:

Segreteria organizzativa Newtours s.p.a.

fax 055-7947552, e-mail: corso@medicinafetale-aouc.it

sito web: www.medicinafetale-aouc.it

XIII Congresso nazionale Società medica italiana di paraplegia

15-18 aprile, Udine, Ente Fiera

Ecm: crediti richiesti per medico chirurgo, fisioterapista, infermiere, terapeuta occupazionale, psicologo, assistente sociale

Informazioni:

sito web: www.somipar.it

Segreteria organizzativa: www.medik.net

Salute, prevenzione e riabilitazione nel calcio

14-15 Aprile, Università Statale di Milano

La sempre maggiore diffusione dei campi da gioco sintetici, la modifica dei palloni e delle scarpe, le esigenze di spettacolarità dettate dagli sponsor televisivi hanno comportato considerevoli cambiamenti nel tipo di gioco e nelle modalità di allenamento, con conseguente modificazione dell'incidenza e della tipologia degli infortuni, ed evidenti effetti anche sulle tecniche riabilitative.

Durante il congresso di Milano i maggiori esperti di traumatologia, fisioterapia, ortopedia e prevenzione applicate al gioco del calcio, affronteranno questi temi stimolando il dibattito con il pubblico.

Informazioni: Segreteria organizzativa

Cristina Zanetti tel. 051 6112568, fax 051 6112567

e-mail: congressi@isokinetic.com - web site www.isokinetic.com

Paralisi cerebrale infantile

16 e 17 aprile, Bologna StarHotel Excelsior

Presidenti: Cesare Battisti, Roberto De Castro

Direttore del Corso: Sandra Bertana

Questo corso ha richiesto alla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina l'attribuzione di crediti formativi ed è attualmente in fase di valutazione.

Informazioni:

Segreteria scientifica

Daria Piazza cell. 347 6603135

e-mail: dariapiazzi@computerforever.com

Segreteria organizzativa

All Mobility- Reggio Emilia: Elena Castellari

tel. 0522 941078, cell. 339 878514

e-mail: elena@allmobility.org

Profilassi antitromboembolica e antibiotica in chirurgia artroscopica

Torino, 21 aprile, AC Hotel

Argomenti: rischio infettivo, rischio tromboembolico

Relatori: Gian Luigi Canata, Mario Vittorio De Benedetti, Franco Nessi

Virginio Oddone, Flavio Quaglia, Valerio Veglio

Informazioni:

Coordinazione scientifica

Daniele Comba

Il Melograno Centro Servizi

Via Pigafetta, 36 - 10129 Torino

tel. 011 505730 fax 011 590940

e-mail: info@ilmelogramnoservizi.com

sito web: www.ilmelogramnoservizi.com



Nutrizione artificiale

30 - 31 Marzo, Milano

Sedi didattiche: Aula Unità Spinale Ospedale Niguarda Ca' Granda, Novotel Milano Nord Ca' Granda

Direzione scientifica: prof.ssa M. G. Gentile

Discipline: Scienza dell'Alimentazione e Dietetica, Medicina Interna, Area Interdisciplinare

Informazioni: Segreteria scientifica

S.C. dietetica e nutrizione clinica, Centro per la cura dei disturbi del comportamento alimentare

A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda

P.zza Ospedale Maggiore, 3, 20162 Milano

tel. 02 64442839, fax 02 64442593 e-mail: nutrizioneclinica@ospedaleniguarda.it

Segreteria organizzativa:

Asern, tel. 340 3636219, e-mail: info@asern.it, sito web: www.asern.it

Crediti Ecm: 20

Società medica italiana di psicoterapia ed ipnosi

Psicoterapia ed ipnosi medica

17 - 18 marzo, 31 marzo - 1 aprile, 14-15 aprile

Hotel Passetto, via Thaon de Revel 1, Ancona

Struttura: ciclo di tre Seminari di due giorni ciascuno.

Informazioni: tel. 071 732050, cell. 336 631167, fax 071 732455 e-mail: info@smipi.it

Attribuiti 34 crediti Ecm

Associazione medica italiana di agopuntura

Agopuntura antalgica e tecniche complementari

Sede del corso: AMIA, via Tacito 7, Roma

Corso biennale, inizio corsi primo anno 28 aprile

Direttore: prof. Riccardo Rinaldi

La partecipazione al corso permette l'iscrizione nei Registri di Agopuntura degli Ordini dei Medici

Informazioni:

AMIA didattica tel. 06 36000139, 06 36006167

e-mail: amia@byworks.com

sito web: www.amia.byworks.com

Richiesti crediti Ecm

Ischia pediatria e neonatologia

21-25 aprile, Centro congressi Hotel Continental, Ischia

Presidente: prof. Francesco Tancredi

Coordinatore: dott. Giuseppe Parisi

Argomenti: Etnopediatria, Neonatologia, Fitoterapia, Diabetologia, Casi clinici, Formazione, Emergenza-urgenza, Ambiente e bambino, ortodontia, Posturologia.

Informazioni: Segreteria organizzativa Class Service, parco Comola Ricci 1/bis - 80122 Napoli

tel. 081 663863 081 683881 fax 081 664714, e-mail: class.service@mbox.netway.it

Accreditamento Ecm: richiesto

Chirurgia laparoscopica per chirurghi generali

Sede di svolgimento: Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Direttore Scientifico: prof. Ignazio Massimo Civello

3 edizioni: 19-20-21 aprile; 21-22-23 giugno; 25-26-27 ottobre;

Il corso si articola in tre giornate e comprende una parte teorica ed una parte pratica

Ecm: assegnati 24 crediti formativi per i medici partecipanti.

Informazioni: Segreteria scientifica dott. Maurizio Foco, dott. Daniele Matera

tel. 06 30155398, fax 06 30156091 sito web: www.rm.unicatt.it/formazionepermanente/laparoscopicsurgery

Segreteria organizzativa: Servizio Formazione Permanente

tel. 06 30154886, 30155146 fax: 06 3055397

e-mail: dsefm@rm.unicatt.it



Università degli Studi di Perugia

Counseling e colloquio motivazionale

7-8-9-10 maggio, Policlinico di Perugia, Villa Massari

Coordinatrici scientifiche e docenti del corso: dott.sse G. Menduno, M.L. Pasquarella

Crediti ECM 25 per tutte le professioni sanitarie

Il corso affronta dal punto di vista teorico-pratico la conduzione dei colloqui motivazionali attraverso le tecniche di counseling e si rivolge a tutti i professionisti della salute che nella loro attività trattano i malati cronici e hanno la necessità di educare i pazienti alla concordanza ai trattamenti o hanno il compito di promuovere nei pazienti cambiamenti comportamentali in favore della salute.

Informazioni:

Segreteria del corso, tel. 075 5857354

e-mail: csesi@unipg.it, sito web: www.unipg.it/csesi/ita/counseling.htm

VIII Congresso mondiale di medicina integrata

5-6 Maggio, Policlinico universitario, Messina

Presidente: prof. Domenico Scilipoti

Presidente onorario: prof. Josè Cesar Montes

Informazioni:

Segreteria scientifica ed organizzativa via Dogali 20, Messina

tel. 090 693070; 333 4665420; 090 9740684

e-mail: dscilipoti@tiscalinet.it, e-mail: profdomenicoscilipoti@virgilio.it

sito web: www.medicine-multitherapy.com

Sclerosi sistemica

Ultimi progressi della terapia farmacologica

ed immunitaria di una malattia altamente invalidante

24 marzo, Auditorium Don Alberione - Periodici San Paolo, Via Giotto 36, Milano

Moderatori: prof. Giorgio Lambertenghi Delilieri, dott. Amadeo Pavone

Informazioni: Segreteria scientifica ed organizzativa

Ordine dei medici, e-mail: info@omceomi.it

Le schede di partecipazione vanno inviate direttamente al numero di fax 02 70057964.

Accademia italiana di medicine tradizionali OMOIOS, Roma

Agopuntura addominale

30-31 marzo, 1 aprile

Relatori: prof. Bo, prof. Lam

ECM: evento in accreditamento

Informazioni:

tel. 06/5816789, e-mail: segreteria@omoios.it.

Le iscrizioni devono pervenire entro il 10 marzo

Società italiana per l'aggiornamento e l'educazione continua in medicina

"I crimini in famiglia, delitti sessuali e delitti di sangue"

10-12 aprile, Fondazione Ettore Majorana e Centro di cultura scientifica, Erice, Italy

Informazioni:

Direzione scientifica dott. Massimo Nencioni, e-mail: massimonencioni@yahoo.it

avv. Giuseppe Rando, e-mail: giusepperando@libero.it

Segreteria organizzativa: avv. Giuseppe Rando, e-mail: giusepperando@libero.it

via Nunzio Nasi 44, tel. 333 2454573, 0923 593136, fax 0923 829129

prof. Giuseppe Marceca, e-mail: giuseppemarceca@alice.it, tel. 337 750276

via Treviso 21, tel. 06 44231001, tel. e fax 06 44234745, Roma

Lorenzo Bernardini, tel. 347 5251537, e-mail: bernardini.lorenzo@tiscali.it

Maria Cristina Iorli, Luana Piacentino

Ecm: sono stati richiesti al Ministero della Salute crediti formativi per i medici, per gli psicologi e per gli infermieri.

Stress e ginecologia

Le reazioni psico-emotive coinvolgono le funzioni neuroendocrine e in particolare le funzioni riproduttive rendendo necessaria una nuova interpretazione della fisiologia e della patologia dei disturbi ginecologici, della sessualità e della gravidanza

di Daniele Romano

La constatazione che le vicende della vita potessero avere una ripercussione sulla salute psichica e fisica degli individui era già nota agli albori della medicina. Galeno, uno dei fondatori della medicina moderna, già due secoli prima di Cristo aveva intuito che le donne di umore malinconico avessero maggior rischio di sviluppare un cancro al seno delle donne più sanguigne.

È ormai noto come alcuni stati emozionali siano in grado di influenzare negativamente la funzione sessuale e riproduttiva maschile e femminile.

Le influenze psico-emotive sono tra gli stimoli più potenti e prevalenti in grado di coinvolgere le funzioni neuroendocrine e in particolare le funzioni riproduttive. Stress fisici o emozionali sono in grado di attivare l'asse neuroendocrino ipotala-

**Tende
a permanere
nel tempo
anche dopo
la scomparsa
delle cause**



mo-ipofisi-corticosurrene. Si ritiene che lo stress desincronizzi il ritmo del cortisolo con conseguenze negative sugli altri ritmi che esso guida. Sulla funzione riproduttiva il *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH), prodotto sotto stress, altera gli assi neuroendocrini attraverso modificazioni sulla secrezione delle gonadotropine e del sistema oppioide. Ne parliamo con la neurofisiopatologa Vania Fontani, docente al Master di II livello in "Ottimizzazione Neuro Psico Fisica" dell'Univer-

sità di Medicina e Chirurgia di Firenze e direttrice dell'Istituto Rinaldi Fontani.

"Nella donna livelli alterati di ormone luteo-stimolante (LH) causano anovulazione e amenorrea. Basti pensare all'amenorrea o al ritardo del menarca delle atlete. È nota inoltre l'azione dello stress sulla prolattina (iperprolattinemia) responsabile di ulteriore inibizione delle funzioni riproduttive.

La dismenorrea primaria, cui non sono riconosciute cause organiche bensì funzionali, può essere ricondot-

ta a una manifestazione clinica della Sindrome Generale di Adattamento."

Molti studi dimostrano come lo stress si accompagni a temporanea sterilità, o aborto spontaneo. Si tende a ritenere che il cortisolo, ormone dello stress, potrebbe causare l'infertilità nelle donne. Anche certe forme di stress nel primo trimestre di gravidanza sembrano associati ad un maggior rischio di preclampsia, causato da un aumento del CRH placentare.

Altre ricerche hanno dimostrato quanto lo stress riduca il successo nelle cure antisterilità. Difatti ogni evento stressante attiva anche il sistema adrenergico che induce la liberazione di due neurotrasmettitori: adrenalina e noradrenalina. "Gli organi genitali interni della donna - argomenta Vania Fontani - possiedono recettori per tali sostanze: se stimolati potrebbero interferire con il trasporto dei gameti lungo le tube di Falloppio e alterare il flusso sanguigno dell'utero, compromettendo la fecondazione e il mantenimento della gravidanza."

Un recente studio ha evidenziato come le donne con vulvovaginiti da Candida ricorrenti sono quelle più stressate. Il risveglio mattutino di queste donne è caratterizzato da un brusco innalzamento del cortisolo nella saliva. Il cortisolo induce immunodepressione.

Numerosi studi hanno dimostrato come donne depresse o sottoposte a stress eccessivo, facilmente vanno incontro a dolore pelvico.

Lo stress emotivo può infatti peggiorare un dolore persistente, oppure può esso stesso produrlo causando una involontaria contrattura dei muscoli pelvici.

Lo stress può inoltre interferire con i meccanismi biochimici femminili come quello delle endorfine e della serotonina, diminuendo la capacità di adattarsi a stimoli dolorosi.

La ricerca ha dimostrato che la caduta degli estrogeni comporta riduzione dei livelli di serotonina, questo giustifica la depressione in menopausa di molte donne quando i loro estrogeni si riducono. Tale rischio assume connotati più evidenti in quelle donne che presentano concomitanti quadri di stress o quadri depressivi anche se apparentemente compensati fino a quel momento.

La serotonina è anche un potente regolatore delle funzioni neurovegetative e degli organi gastrointestinali. Il che giustifica la sintomatologia tipica della sindrome premestruale: sbalzi di umore, ritenzione idrica, aumento di peso, gonfiore addominale, peggioramento del colon irritabile. Anche in questo caso l'entità della sintomatologia è in funzione della presenza di una situazione neuropsicofisica predisponente.

Da numerose segnalazioni emerge come l'esposizione a stress rappresenti causa importante del calo del desiderio sessuale (frigidity, dispareunia, impotenza, ejaculazione precoce).

La diminuzione degli estrogeni riduce i livelli di serotonina

In letteratura emerge inoltre come l'esposizione a stress materno durante la vita intrauterina costituisce una frequente condizione che interferisce con i normali processi di crescita e maturazione del feto ed è responsabile di difetti congeniti e possibilità di sviluppare patologie stress correlate.

Sotto stress materno la crescita cellulare risulta alterata a vari livelli. Ne possono derivare danni variabili al prodotto del concepimento che possono essere così gravi da determinare aborto o malformazioni congenite, microcefalia, deficit di crescita intrauterina, parto prematuro, disturbi vari del comportamento, fino alle sindrome autistiche.

Anche le molteplici malfor-

mazioni, riscontrabili dopo esposizione a stress in gravidanza stanno a significare che ci troviamo di fronte ad un importante fattore teratogeno, sicuramente sotto-stimato in passato, tanto che possiamo parlare di "sindrome fetale da stress".

Dalla constatazione che tutta una serie di patologie dell'età giovanile o adulta, dai tumori a patologie autoimmuni, ipertensione, malattie endocrine metaboliche, scoliosi, possono avere alla base una condizione di stress intrauterino, comprendiamo quanto importante sia la prevenzione e la cura degli stati ansiosi fin dai primi giorni di gravidanza.

Secondo Emilio Piccione, Ordinario di Ginecologia e Ostetricia presso il Policlinico Universitario Tor Vergata di Roma, "Le valenze emotive e affettive in ginecologia sono fattori molto potenti. Sempre più spesso nella pratica clinica mi trovo ad osservare quanto le patologie, organiche e funzionali (sine causa), siano in-

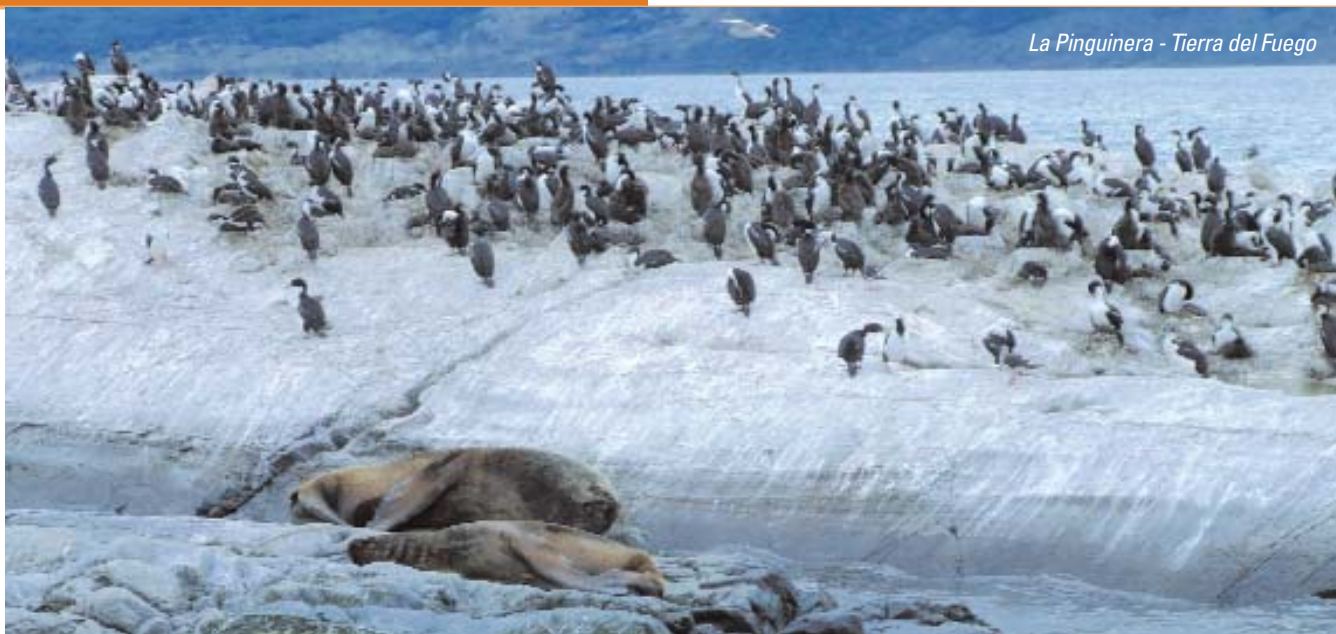
fluenzate e complicate dagli eventi di vita personale della donna. Ci vuole molta sensibilità nel cogliere la sofferenza e la richiesta di aiuto che si cela dietro al sintomo. A questo proposito ho attivato un ambulatorio di "Psicofisiologia Ginecologica e Ostetrica" che dirigo al Policlinico di Tor Vergata a Roma, affidando la conduzione alla d.ssa Alessandra Palattella, ricercatore universitario specialista in Psichiatria, con lo scopo di affrontare il disagio e le patologie, nella sfera fisiologica, psichica e biologica."

Risulta sempre più evidente quanto l'individuazione dei meccanismi adattativi (psichici e biologici) disfunzionali stress correlati aprano la strada ad una nuova interpretazione della fisiologia e della patologia dei disturbi ginecologici, della sessualità e della gravidanza.

Il problema più grave della reazione di stress è che tende a permanere anche quando l'organismo non si trova di fronte ad agenti esterni potenzialmente stressanti: il che comporta la cronicizzazione di disturbi e patologie, anche quelle in ambito ginecologico.

"Tali considerazioni ci hanno indotto - spiega Alessandra Palattella - a cercare nuove strategie terapeutiche in grado di permettere il recupero di corretti meccanismi di controllo neuro-psico-fisico sul nostro organismo e le terapie di ottimizzazione neuro-psico-fisica attraverso la Crm terapia rappresentano una valida risposta terapeutica". •





Dalla Patagonia alla fine del mondo

Una regione ai confini della terra che ha affascinato i viaggiatori più coraggiosi a partire da Magellano. Foreste, ghiacciai, l'arcipelago

testo e foto
di Mauro Subrizi

Benché il suo nome evochi fiumi tumultuosi, montagne frastagliate e ghiacciai che si schiantano con fragore, la caratteristica della Patagonia è lo spazio infinito che si estende nel nulla.

Per il momento la RN 40 che corre parallela alle Ande, costituisce ancora una avventura epica, una strada non asfaltata che passa per le parti più inaccessibili del Paese, le imponenti vette del **Fitz Roy** ed alcuni preziosi siti archeologici. Lungo la zona costiera orientale, la RN 3 è un'altra strada lunghissima che tocca la riser-

va marina e le foreste pietrificate. Alcune strade e stradine collegano le due statali creando una griglia di curiose cittadine e di avamposti isolati caratteristici della regione. **Bajo Caracoles** è uno di questi. Questo remoto paesino possiede l'unico distributore di benzina affidabile tra Peri-



Parque Nacional Los Glaciares

to Moreno (128 Km a nord) e Tres Lagos (409 Km a sud). Oltre a una fattoria dove si vende pane fatto in casa, vi è un piccolo albergo dove servono pasti e dove si trova l'unico telefono privato della zona.

PARQUE NACIONAL LOS GLACIARES

Il parco è diviso in due settori geografici separati. **El Calafate** è la cittadina d'accesso al settore meridionale del parco comprende la catena del Fitz Roy, indubbiamente una delle aree montane più maestose delle Ande, ora diventata anche una località famosa per praticare alpinismo e trek-

La Patagonia è un'amante difficile. Lancia il suo incantesimo. Un'ammaliatrice! Ti stringe nelle sue braccia e non ti lascia più.

Bruce Chatwin

king. Il cuore del settore meridionale del parco è senza dubbio lo straordinario **Glaciar Perito Moreno**, uno dei ghiacciai più dinamici ed accessibili di tutta la terra. La visita è una esperienza uditiva oltre che visiva, perché enormi blocchi di ghiaccio si staccano dalle pareti e crollano con fragore nel Canale degli Iceberg. Da una serie di passerelle e di punti panoramici situati sulla Penisola di Magallanes, i visitatori possono ammirare e fotografare il ghiacciaio senza alcun pericolo.

El Calafate, 320 km a Nord-ovest di Rio Gallegos, deve la sua notorietà soprattutto alla vicinanza con il Perito Moreno (circa 80 Km). La città continua ad espandersi con rapidità man mano che migliora l'accessibilità al parco. Il centro è un viale alberato con una bella il-

Ushuaia, una città eccezionale per bellezza e suggestioni

luminazione, pieno di ristoranti e negozi di souvenir e di articoli per il trekking. Superata la via principale solo poche strade malmesse e costruzioni modeste. La via che porta alla cittadina non è altro che la pista d'atter-



Perito Moreno

raggio del vecchio aeroporto. Un moderno aeroporto invece la rende il centro nevralgico per chi vuol visitare la regione.

TIERRA DEL FUEGO

Dai viaggi di Magellano del XVI secolo alle esplorazioni di Darwin e Fitz Roy fino ai giorni nostri, questa regione ai confini della terra ha affascinato i viaggiatori più coraggiosi. Dalle foreste alle aride pianure del nord, ai ghiacciai che discendono fino quasi a lambire l'oceano, l'arcipelago non cessa mai di incantare coloro che vi si spingono per capirne i misteri. I fuochi perenni degli

indigeni suggerirono agli europei il nome con cui battezzarono la regione.

L'arcipelago, separato dal continente sudamericano dallo Stretto di Magellano è formato da un'isola più estesa, l'Isla Grande de Tierra del Fuego, e da molte altre isole più piccole per la maggior parte disabitate.

USHUAIA

Stretta tra il Canale di Beagle e i picchi glaciali che si innalzano dal livello del mare fino a 1500m di quota, la città vanta una posizione spettacolare. Tuttavia ostenta eccessivamente la sua posizione di "alla fine del mondo": certo, è la città più meridionale della Terra, ma l'eccesso di marketing rischia di snaturarla. Quale principale via d'accesso all'Antartide, nonché porto per yacht da crociera e meta ambita di viaggiatori esigenti, Ushuaia gode dei fa-

Parque Nacional Tierra del Fuego



vori di un sempre crescente numero di turisti grazie alla vicinanza del parco nazionale e alle numerose attività proposte in città e nei dintorni: a poca distanza dal centro abitato sono offerte opportunità di prim'ordine per le escursioni a piedi e per lo sci. Sono possibili escursioni in barca nel Canale di Beagle.

PARQUE NACIONAL TIERRA DEL FUEGO

Situato ad appena 12 Km ad ovest di Ushuaia, il bellissimo parco è stato il primo ad essere fondato in Argentina. Si estende su una

superficie di 64mila ettari partendo dal Canale di Beagle a sud per proseguire oltre il lago Fagnano a nord. Tuttavia, solo 2mila ettari lungo l'estremità meridionale del parco sono aperti al pubblico. Una ricca avifauna accresce l'importanza del parco, soprattutto lungo la fascia costiera. Potrete avvistare cormorani, condor, albatry e sterne. Tra i mammiferi terrestri vi sono il castoreo nordamericano ed il coniglio europeo. Si possono avvistare volpi rosse e volpi grigie. •



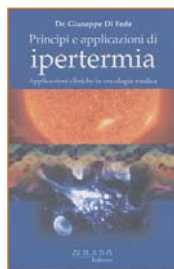
Bahia Onelli



Ushuaia

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



Principi e applicazioni di ipertermia

Divulgare i concetti che sono alla base dell'ipertermia utilizzata per fini terapeutici in campo oncologico è il non facile compito che si è assunto Giuseppe Di Fele. Spaziando dalla biologia alla fisica, dall'oncologia all'immunologia, egli fornisce un'ampia panoramica sull'argomento e stimola l'interesse del lettore con frequenti richiami storici e filosofici.

In questo libro i concetti di biofisica dati dall'azione delle Radio Frequenze sono riferiti alle strutture biologiche, centrando sulla materia vivente i relativi effetti di tipo biochimico, strutturale e biofisico. Gli aspetti di biofisica cellulare dei sistemi viventi umani vengono approfonditi in relazione ai campi magnetici ed elettromagnetici applicati.

Oggi questa tecnica ha trovato nuovo vigore e la sua validità è riconosciuta da un sempre maggior numero di oncologi, biologi, fisici e ingegneri.

Giuseppe Di Fele
"Principi e applicazioni di ipertermia"
 Girado Editore, Vicenza
 pp. 103, euro 24,00

Perché alle zebre non viene l'ulcera?

Robert M. Sapolsky, professore di biologia e di neurologia, descrive in questo lavoro in che modo vari ormoni e alcune parti del cervello vengano mobilitati in risposta allo stress ed illustra come possa svilupparsi il rischio di determinate patologie. A tal fine passa in rassegna gli effetti di questa sindrome sul sistema circolatorio, sull'immagazzinamento di energia, sul sistema immunitario, sul processo di invecchiamento, fino alla sua influenza su quello che è il più comune e invalidante dei disturbi psichiatrici, la depressione maggiore. L'ultimo capitolo è dedicato alle conoscenze raggiunte e ai metodi affermatasi per gestire lo stress.

Un ricco apparato di note finali rende accessibile il testo anche al lettore non strettamente addetto ai lavori.

Robert M. Sapolsky
"Perché alle zebre non viene l'ulcera"
 Orme Editori, Milano
 pp. 650, euro 19,00



Medicina basata sulle evidenze e centrata sul paziente

Il testo concepito da Luigi Pagliaro affronta il duplice dovere del clinico di occuparsi, per prima cosa, del paziente come individuo ammalato e come persona e, in secondo luogo, di usare i metodi dell'epidemiologia clinica e della medicina basata sull'evidenza (EBM) per la verifica della diagnosi e per la terapia.

Al fine di facilitare la ricerca dei diversi argomenti, l'opera è strutturata come un dizionario monografico che presenta, in ordine alfabetico, quarantuno temi sulle problematiche riguardanti il rapporto tra paziente e medico, la diagnosi, le decisioni terapeutiche e la prognosi delle malattie.

Questo lavoro, pensato per gli studenti ed i medici in formazione, risulterà anche di grande interesse per i clinici affermati, come stimolo per riflettere sulla loro attività professionale.

Luigi Pagliaro
"Medicina basata sulle evidenze e centrata sul paziente"
 Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
 pp. 318, euro 45,00



Chirurgia estetica mini invasiva con fili di sostegno

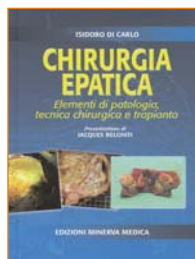
Pier Antonio Bacci riunisce in questo volume i risultati ottenuti dai medici che hanno praticato la chirurgia estetica con fili di sostegno. L'opera può dunque essere considerata il primo trattato su questa tecnica chirurgica mini invasiva della quale non esisteva una vera e propria bibliografia. Lo sviluppo della tecnica mini invasiva in chirurgia estetica è stato favorito dalla sua capacità di far recuperare l'aspetto giovanile senza stravolgimenti della figura. Questo non è il solo motivo per cui la nuova tecnica si affianca con vantaggio alla chirurgia tradizionale, ma anche perché assicura una forte capacità di recupero dei tessuti, permette di migliorare il risultato lungo il percorso e offre la possibilità di poter tornare indietro in qualunque momento.

Pier Antonio Bacci
"Chirurgia estetica mini invasiva con fili di sostegno"
 Minelli Editore, Arezzo
 pp. 304, euro 110,00

Chirurgia epatica

Questo libro di Isidoro Di Carlo contiene le tematiche sviluppate annualmente nel Corso di Laurea e nelle Scuole di Specializzazione dell'Università di Catania. Si tratta di una vasta panoramica che va dalla patologia epatica ai trapianti. Per la stesura di alcune parti del libro, Di Carlo ha chiesto ad illustri specialisti italiani e stranieri di descrivere le patologie di loro particolare competenza. Gli autori hanno sapientemente collegato l'anatomia descrittiva del fegato e le sue numerose classificazioni con l'anatomia funzionale, che trova il suo completamento nel trapianto epatico sia da uno split, sia da un donatore vivente. I capitoli riguardanti la tecnica chirurgica sono sintetici, ma nello stesso tempo completi e contengono una esauriente descrizione di tutte le più recenti innovazioni e dei risultati ormai consolidatisi negli ultimi anni.

Isidoro Di Carlo
"Chirurgia epatica"
 Edizioni Minerva Medica, Torino
 pp. 223, euro 35,00



Dai piroscafi alla privacy

In questa guida redatta da Nino Addamo, pubblicata dall'Ordine dei medici di Modena, sono riportati gli adempimenti obbligatori ai quali devono attenersi i sanitari titolari di studi medici e odontoiatrici.

Le indicazioni riportate in questo manuale sono un compendio degli obblighi previsti dalla normativa in vigore e saranno di aiuto ai professionisti nella quotidiana conduzione del proprio studio. Nell'elencazione degli adempimenti richiesti sono stati approfonditi alcuni argomenti ritenuti particolarmente complessi o innovativi, come le norme sugli impianti elettrici o l'autorizzazione all'esercizio professionale, per dare al professionista gli strumenti necessari ad una corretta applicazione di quanto prescritto. Gli adempimenti qui contenuti fanno capo alla legislazione comunitaria e nazionale, ma quando vengono citate prescrizioni regionali o locali si fa riferimento a quelle dell'Emilia Romagna e della città di Modena.

Nino Addamo
"Dai piroscafi alla privacy"
 Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi di Modena



In breve

Gregorio Pompili
TRAJES DE LUCES

Un libro illustrato sulla corrida che, oltre a presentare gli uomini e gli animali che vi agiscono e le varie azioni e figure di questo spettacolo, che è anche un rito, aggiunge l'appassionata descrizione della Spagna, della sua gente generosa, delle sue feste e delle sue bellezze artistiche e naturali, creando un'efficace rappresentazione di un paese e di un popolo.
www.globalpressitalia.it
 pp. 125, euro 15,00

Homo Interrogans
MASCHERE

Raccolta di racconti e di poesie che hanno per argomento l'amore, il sesso e la morte. Le varie storie si svolgono, secondo un gusto ormai affermatosi, in un'atmosfera di smarrimento sociale e di soffusa tetraggine, che la limpida chiarezza della lingua usata propone crudamente al lettore.
www.gilardieditore.it
 pp. 158, euro 10,00

Eugenio Morelli
FRAMMENTI DI UN MOSAICO

Brevi racconti autobiografici che si soffermano, com'è caratteristica dell'autore, sui momenti apparentemente meno significativi della quotidianità e su quei personaggi che sfuggono all'attenzione dei più per trarne importanti lezioni di vita.

Pubblicato in proprio, tel. 0825 38269
 pp. 39, euro 5,00

Pierino Marazzani
**I SEGNI ZODIACALI ESAMINATI
 CON METODO STORICO-SCIENTIFICO**

Una chicca per chi si interessa di astrologia. Iniziata da una statistica sui segni zodiacali dei vincitori dei premi Nobel scientifici, l'autore ha esteso l'indagine a numerose altre personalità, dai marescialli di Napoleone ai letterati, dagli arbitri di calcio agli statisti più famosi.

Disponibile presso l'autore tel. 02 3506411
 pp. 70, euro 10,00

Rossano Onano
L'ULTIMO RESPIRO DI CESARE

Un libro di critica letteraria e di interpretazione psicologica di alcuni autori contemporanei italiani con molte osservazioni su questioni inerenti alle due discipline. I due criteri di giudizio sono così acuti e interconnessi che è difficile classificare questa come un'opera letteraria o, piuttosto, di scienza.

Genesis Editrice, Torino
 pp. 219, euro 12,50

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 riuscissimo a facilitare questi "incontri ravvicinati"

Belluno

Totem Fondazione Enpam

È stata finalmente attivata la postazione informatica legata ai servizi informativi Enpam presso il nostro Ordine.

Utilizzando la Carta Enpam personalizzata unitamente al codice identificativo personale, che sono già stati inviati a tutti i Colleghi, ognuno potrà usufruire di un servizio previdenziale accedendo ai propri dati personali, anagrafici, contributivi e pensionistici e di stampare la propria posizione recandosi presso la nostra sede.

Piacenza

Un Medico piacentino nella commissione Aids

La dott.ssa Giuseppina Dagradi, dirigente medico dell'Asl di Piacenza nonché componente del Consiglio Direttivo dell'Omceo di Piacenza, è stata chiamata a far parte, dal ministro della salute Livia Turco, della Commissione nazionale per la lotta contro l'Aids.

La Commissione, ricostituita dal Ministero nell'ambito del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), ha durata di due anni e sarà costituita da 22 componenti, più due persone che coadiuveranno la sua attività.

A presiederla sarà il ministro Turco, mentre Barbara Ensoli, direttore del Centro nazionale Aids dell'Istituto superiore della Sanità, avrà il ruolo di vicepresidente. Alla dott.ssa Dagradi vanno i nostri più sentiti complimenti unitamente ai migliori auguri di buon lavoro.

Bergamo

Piccole perle...

"Un autorevole rappresentante del mondo medico si è detto stanco di pagare le pensioni ai medici anziani. Le ipotesi possono essere tre: una amnesia per le somme versate dai medici anziani; una momentanea *default* psichica; l'inizio di una guerra tra generazioni..."

Frosinone

Rilascio certificato iscrizione e legge sulla privacy

In ottemperanza a quanto disposto dalla legge n. 675 del 31/12/96 in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, si comunica che il ritiro dei certificati di iscrizione negli albi professionali può essere effettuato dai diretti interessati (medici o odontoiatri) oppure da altri soggetti, muniti di delega scritta del medico e dell'odontoiatra che richiede il certificato, con fotocopia del documento di riconoscimento dell'iscritto e del documento di riconoscimento della persona delegata.

Il certificato inoltre può essere richiesto anche per posta allegando € 1,00 in francobolli, per taxa rilascio certificati. Il certificato verrà spedito a domicilio.

Sito dell'ordine

Si comunica che il sito dell'Ordine www.ordine-medicrosinone.it è stato modificato ed ampliato quanto a contenuti e collegamenti. È possibile ora estrarre la modulistica e consultare l'albo degli iscritti.



Bologna

Consulenze Enpam

Si rende noto che il dott. Vittorio Angelini, che per 12 anni è stato Consigliere nel Consiglio d'amministrazione Enpam, è disponibile, anche telefonicamente, per consulenza in campo previdenziale tutti i martedì (ore 9,30-12,00) presso la sede ordinistica e, per appuntamento, anche nella mattina di giovedì.

Norme editoriali per il Bollettino

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

Articoli: sono graditi gli articoli a carattere sanitario e a rilevanza locale. Gli articoli a carattere scientifico saranno inviati a referee nazionali scelti dalla redazione.

Ogni articolo non dovrà superare di norma le 16 mila battiture e contenere massimo 3 immagini in bianco e nero.

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4mila battute. Congressi/convegni/seminari (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento): sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali. Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nomi, telefoni, e-mail). Annunci: testo di massimo 500 battute.



Alessandria

Presentato il volume della Sims e del Sumai

A Milano il 20 ottobre scorso è stato presentato alla presenza del ministro Livia Turco e del Presidente Fnomceo Bianco il libro "Tempi Medi di Attività, Modalità di Esecuzione, Nomenclatore delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali Territoriali", lavoro svolto congiuntamente dalla Società Italiana di Medicina Specialistica e dal Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana.

Lo studio si propone di andare incontro alle legittime aspettative dei cittadini che richiedono prestazioni specialistiche certamente in tempi più brevi, ma anche, e in primo luogo, di qualità evitando nel contempo ogni even-

tuale errore diagnostico imputabile a frettolosa valutazione del medico specialista. Infatti, egli è sempre più spesso pressato dall'Amministrazione della Asl che richiede la riduzione dei tempi di esecuzione delle prestazioni solo per motivi di presunto contenimento della spesa, e quindi per mere esigenze di bilancio, perdendo inevitabilmente di qualità e di efficacia e quindi contro gli interessi legittimi dei cittadini pazienti, che richiedono una prestazione accorta e di qualità e non dei medici sempre più esposti ad errori dovuti non dalla imperizia ma dalla fretta imposta dalla Asl.

Copia del lavoro "Tempi Medi di Attività, Modalità di Esecuzione, Nomenclatore delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali Territoriali" è stato inserito sul sito dell'Ordine nella sezione "Leggi, Normative, Convenzioni, Contratti" con la possibilità di scaricarlo.

*Il Presidente
Dott. Gian Mario
Santamaria*



Firenze

Sul pianeta Splendidenti

Consigli per i genitori e fiabe per bambini

Le avventure di Petruccio sul pianeta Splendidenti e altre storie è una raccolta di tre vicende che hanno come protagonisti bambini alla scoperta dei denti e dell'igiene orale. Con un linguaggio fiabesco e con tante belle illustrazioni a colori, le tre storie spiegano l'importanza di mantenere i denti sani e puliti non solo per una corretta masticazione, ma anche per articolare bene le parole e per l'estetica complessiva del viso.

Oltre alle piacevolissime fiabe, la pubblicazione presenta una serie di approfondimenti per i genitori e per i ragazzi più grandi. Le informazioni spaziano dalla descrizione dell'apparato masticatorio alla dentizione, dalla corretta igiene orale alla sigillatura dei solchi, fino ad arrivare alle abitudini viziate dei bambini che possono compromettere la normale crescita dento-scheletrica. Il libretto, realizzato in collaborazione con la Federazione italiana medici pediatri, è destinato agli studi pediatrici. Per ricevere delle copie inviare una mail a: promozionedellasalute@regione.toscana.it.

Nuoro

Mancato pagamento contributi obbligatori per iscrizione Albo

Cari Colleghi,

da un attento esame contabile degli uffici sulla rendicontazione trasmessa dalla Sardegna Riscossioni SpA e dalle ripetute sollecitazioni della Federazione Nazionale, si riscontra che numerosi colleghi a tutt'oggi non hanno ancora provveduto al pagamento del contributo obbligatorio di iscrizione all'Albo professionale per l'anno in corso ed in alcuni casi per gli scorsi.

In merito, è doveroso ricordare che l'anzidetta inadempienza comporta, ai sensi dell'art. 11 della lettera F del Dlcp 13.9.1946 n°233, la cancellazione dall'Albo professionale per morosità.

Pertanto, al fine di evitare che il Consiglio Direttivo, suo malgrado, sia chiamato a pronunciarsi sul grave provvedimento, vi invito cortesemente a provvedere al versamento delle quote dovute recandovi ad uno degli sportelli della Sardegna Riscossioni SPA competente per territorio, e trasmettendo apposita ricevuta agli uffici al seguente numero di fax 0784 208668.

Nel ringraziarvi per la collaborazione colgo l'occasione per salutarvi cordialmente.

*Il Presidente
Dott. Luigi Arru*

Da questo numero, grazie anche alle notizie che ci forniscono le agenzie di stampa, ADN Kronos Salute e ANSA Salute, pubblichiamo dati relativi a iniziative regionali e provinciali nel campo della Sanità. Lo scopo principale è quello di fornire ai colleghi e ai lettori tutti, spunti di riflessione e confronto

PIEMONTE

Nuovo ambulatorio

È operativo il nuovo ambulatorio per la cura e la diagnosi dell'ipertensione arteriosa dell'ospedale S. Spirito di Casale Monferrato. Lo ha comunicato in una nota il direttore della struttura.

L'ambulatorio, che fa parte della struttura operativa complessa di medicina generale, sarà aperto dalle 8,30 alle 12,30.



EMILIA

Donati gli organi

Un bambino peruviano di 17 mesi è morto all'ospedale Infermi di Rimini "per insufficienza respiratoria acuta da miocardite, complicata da bassa portata cerebrale" dopo esser stato ricoverato alla fine di gennaio. I genitori del piccolo - si legge in una nota dell'Ausl di Rimini - hanno acconsentito alla donazione dei suoi organi. Si è trattato del primo caso di consenso di donazione degli organi del 2007 nell'Ausl riminese.

LAZIO

Doni preziosi

Un ecocardiografo portatile e un ecografo per la diagnosi prenatale. Questi i doni, per un valore complessivo di 200 mila euro, che l'azienda veronese Just Italia ha consegnato all'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. Il traguardo è stato raggiunto grazie alla campagna "Che profumo ha il sorriso dei bambini? Il profumo della solidarietà di Just Italia!"

L'ecocardiografo e l'ecografo sono già operativi: il primo nel Dipartimento medico chirurgico di cardiologia pediatrica e il secondo nel Dipartimento di neonatologia medica e chirurgica. L'ecocardiografo è destinato alle situazioni di emergenza e pronto intervento, mentre l'ecografo servirà per la diagnosi di malattie già in fase prenatale.

LIGURIA

Offensiva culturale

"Un'offensiva culturale" per spiegare ai cittadini gli obiettivi della riorganizzazione della sanità ligure.

L'ha annunciata il presidente della Regione, Claudio Burlando, partecipando all'inaugurazione della nuova Pet-Ct (tomografia ad emissione di positroni) nel servizio di medicina nucleare dell'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure.

"Ho chiesto all'oncologo Veronesi - ha detto Burlando - di partecipare ad un'iniziativa, tra marzo e aprile, perché dobbiamo dar vita ad un'offensiva culturale sulla riorganizzazione della sanità in Liguria. Quello che stiamo facendo sul fronte sanitario non è solo per riequilibrare i conti, ma per aumentare la qualità del servizio, diminuendo il numero delle strutture. La resistenza che riscontriamo sul territorio a portare avanti un'operazione di razionalizzazione - ha aggiunto il presidente della Giunta regionale - si traduce necessariamente nell'impossibilità di concretizzare iniziative utili a favore degli anziani".



LOMBARDIA

Donazione organi

Sensibilizzare i giovani alla donazione degli organi, spiegando i fondamenti scientifici e clinici, le procedure e le problematiche.

Questo l'obiettivo degli incontri dedicati agli studenti del quinto anno delle scuole superiori e organizzati da Massimo Borelli, primario della Unità operativa di anestesia e rianimazione dell'ospedale di Treviglio-Caravaggio.

CAMPANIA

Telefono amico

Oltre 2000 telefonate ricevute dal numero verde sulla sanità campana (800187514) dopo solo una settimana. Una media di circa 300 contatti giornalieri che ha avuto i picchi maggiori a Napoli (48%) e Salerno (37%), mentre Caserta, Avellino e Benevento sono più “distaccate” (15% in totale).

Per quanto riguarda le segnalazioni di “routine” molti cittadini hanno chiamato per avere consigli, informazioni o chiarimenti sull’acquisto dei farmaci, sul funzionamento del ticket, sui propri diritti al momento dell’acquisto di un medicinale in farmacia. In cima alla lista dei problemi segnalati c’è l’eccessiva lunghezza delle liste d’attesa. Tante persone hanno parlato dei problemi con i medici di famiglia, di barriere architettoniche da abbattere e di errori amministrativi. Questi problemi spesso vengono risolti nel corso della telefonata o nel giro di 48 ore lavorative.



TOSCANA

Aiuto agli ustionati

Assistenza specialistica e cure personalizzate. Questo l’obiettivo del progetto dedicato ai grandi ustionati, nato dalla collaborazione tra l’Unità operativa complessa di chirurgia plastica del Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena, diretta da Carlo D’Aniello, e la chirurgia plastica dell’azienda ospedaliera di Pisa, diretta da Alessandro Massei.

“Per agevolare i pazienti residenti a Siena e provincia – spiega in una nota D’Aniello – abbiamo avviato una collaborazione in modo da far trasferire i grandi ustionati, che vengono curati e stabilizzati nel reparto intensivo di Pisa, nella struttura di Siena per continuare i trattamenti. I grandi ustionati devono sottoporsi a numerosi interventi chirurgici



ci, ricostruttivi, curativi ed estetici e hanno bisogno anche di un sostegno psicologico. Ogni anno – conclude – contiamo di accogliere, in media, trenta pazienti di questo tipo, grazie anche alla presenza di professionisti validi e preparati”.

SARDEGNA

Piano per ASL 1

L’Azienda sanitaria locale n. 1 di Sassari ha varato il Programma sanitario 2007 – 2009, contenente le linee di sviluppo e gli indirizzi organizzativi per il futuro. Il documento traccia due scenari possibili di evoluzione, il primo che prevede la “messa a norma” del sistema e che favorisca significativi interventi di carattere strutturale: cioè realizzi un percorso che armonizzi l’azienda con le leggi che disciplinano le autorizzazioni, i requisiti e i diritti. Il secondo scenario ipotizza invece il perseguimento di un buon livello di eccellenza, che necessita di un salto di qualità e richiede un impegno particolare, un coinvolgimento “di azienda”.

SICILIA

Servizio civile

Cinque strutture ospedaliere siciliane saranno “potenziate” dai volontari del servizio civile che verranno utilizzati per l’accoglienza di assistiti.

Con questo progetto – si legge in una nota della regione siciliana – si vuole umanizzare l’assistenza ospedaliera attraverso un’adeguata accoglienza. I volontari, tutti compresi tra i 18 e i 28 anni, saranno 162 in tutto. Le aziende che aderiscono al progetto sono oltre l’ospedale di Sciacca, il Papardo di Messina, l’azienda ospedaliera Umberto I di Siracusa, l’Umberto I di Enna ed il Sant’Elia di Caltanissetta. Dal 15 febbraio – termina la nota – i volontari saranno impegnati in corsi di formazione su questo tema.

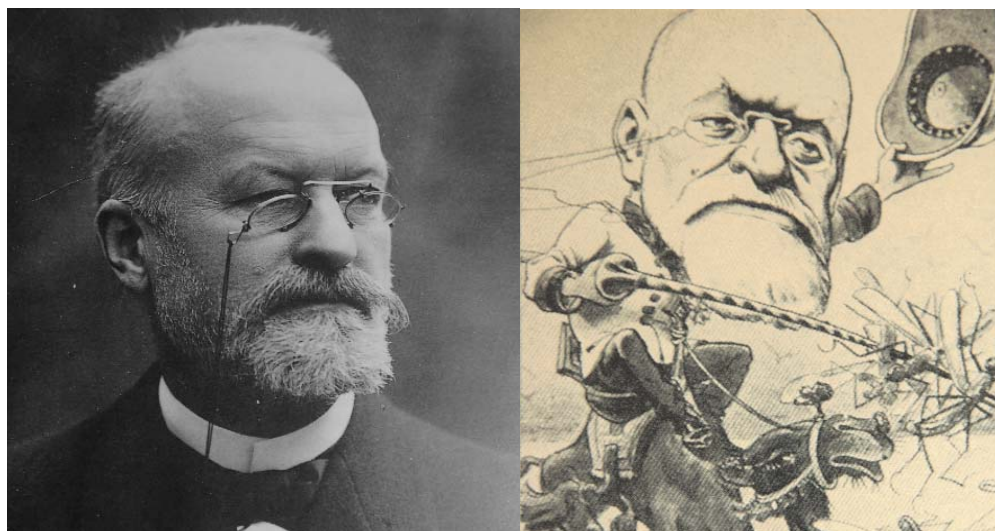
Culla per la vita

L’assessorato alla Sanità siciliana ha annunciato che la “culla per la vita”, destinata ad accogliere i neonati abbandonati, sarà collegata con un servizio di video-sorveglianza a una centrale operativa del 118.

La madre che decide di abbandonare il figlio manterrà l’anonimato. Il sistema video infatti è esclusivamente indirizzato sulla culla e il 118 interverrà immediatamente scongiurando eventuali traumi per il bambino.

Era proprio una zanzara a trasmettere la malaria

La malattia che per millenni aveva flagellato l'umanità veniva addebitata a cause assurde e fantasiose. Per la scoperta l'inglese Ross ed il francese Laveran vinsero nel 1902 e nel 1907 il Nobel. I grandi meriti dell'italiano Giovanni Battista Grassi furono riconosciuti solo con una "distratta" nomina a senatore del Regno



Charles-Louis Alphonse Laveran, Nobel per la medicina

di Luciano Sterpellone

All'epoca di Charles-Louis Alphonse Laveran (quasi alla fine del 1800) le idee sulle cause di una malattia così grave come la malaria - che da millenni aveva rappresentato un vero flagello per l'umanità - erano ancora quantomai confuse. Solo da poco - abbandonate (ma non del tutto) le antiche teorie che la ascrivevano alle cause più assurde e fantasiose, come certe congiunzioni planetarie, gli influssi astrali, i sovvertimenti tellurici, l'azione di misteriosi "miasmi" emersi dal suolo, stava prendendo piede

l'idea più plausibile, ma tutta da dimostrare, dell'intervento di non meglio identificati corpuscoli invisibili presenti nell'aria, già prospettata da qualche secolo.

Improvvisamente, nel 1882, Robert Koch, medico condotto dello sperduto paesino di Wollstein, nella Prussia orientale, osservò per la prima volta sotto un traballante microscopio il primo microrganismo mai visto dall'occhio umano: il bacillo della tubercolosi.

Da allora, da parte degli studiosi fu una vera gara a ricercare i bacilli di qualsiasi malattia epidemica, per arrivare a incriminali per pri-

mi. E la malaria non sfuggì a questa affannosa rincorsa. Nipote e figlio di medici, Laveran si era laureato in Medicina all'Università di Strasburgo nel 1867, e durante la guerra franco-prussiana del 1870 - inviato come chirurgo militare a Metz - aveva partecipato all'assedio e alla resa della città, un evento questo che sarebbe sempre rimasto in primo piano tra i suoi ricordi.

Dopo la guerra, il giovane medico lavorò all'Ospedale di Lilla e poi a Parigi, sin quando fu designato alla cattedra di Malattie militari ed epidemiche della Scuola militare di Val-de-Grâce, suc-

cedendo a suo padre divenuto nel frattempo Direttore della stessa Scuola. Poi nel 1879 venne inviato come medico militare a Bona, in Algeria, indi a Constantine, dove intraprese le sue storiche osservazioni sulla malaria, la leishmaniosi e la tripanosmiasi; vi rimase ininterrottamente sino all'83, tranne un breve viaggio a Roma per prendere visione di alcune formazioni microscopiche riscontrate da studiosi locali nel sangue di pazienti malarici della campagna romana.

Il 6 novembre 1880, nel suo laboratorio di Constantine, osservò anch'egli negli eritrociti di un soldato algerino affetto da "febbre intermittente" la presenza di strani corpiccioli che si presentavano in varie forme: a mezzaluna, a sfera, a rosetta, a flagello. (In realtà erano i microgameti che si formano nello stomaco della zanzara). Lì per lì Laveran pensò prudentemente che potessero trattarsi semplicemente di artefatti in rapporto alla colorazione dei preparati; ma presto si rese conto che quei corpuscoli potevano essere proprio i parassiti malarici. La conferma l'ebbe quando, dopo aver praticato numerosi altri esami microscopici sul sangue di altri pazienti affetti da malaria, osservò che la liberazione delle spo-

La presenza di strani corpiccioli: erano i microgameti

All'inizio la notizia non suscitò soverchio entusiasmo

re dall'interno dell'eritrocito coincideva con l'accesso febbrile del paziente, mentre quando poi nuovi eritrociti venivano parassitati, la febbre recedeva.

Aveva quindi scoperto - finalmente dopo millenni! - che microscopici corpiccioli nerastri sono i veri agenti responsabili della malaria. E diede loro il nome di *Oscillaria malariae* (oggi classificati come *Laverania*). Comunicò la scoperta dapprima in due relazioni all'Académie de Médecine poi in un'altra all'Académie des Sciences, infine in una storica monografia di quaranta pagine, nella quale avanzava anche un'ipotesi per il tempo decisamente rivoluzionaria: che il parassita potesse essere trasmesso "dalle zanzare". Senza tuttavia poterne precisare la specie. Lo studio definitivo su queste osservazioni comparirà nel 1884 con il titolo *Traité de fièvres palustres*.

Abituati come siamo oggi - quando qualsiasi notizia accreditata su una nuova scoperta o invenzione fa subito il giro del mondo, spesso accendendo la fantasia degli



studiosi e dei profani - appare come un controsenso il fatto che la scoperta di invisibili esseri viventi quali causa della malaria non abbia lì per lì suscitato eccessivi entusiasmi. Nemmeno agli addetti ai lavori la cosa appariva troppo credibile, anche perché essi non riuscivano a "coltivare" in laboratorio il "batterio" (tale credevano fosse quello che poi risultò essere un plasmodio): difatti, soltanto in un secondo tempo si saprà che - diversamente dai batteri - questi microrganismi hanno cicli di vita piuttosto complessi, che richiedono spesso degli ospiti o vettori intermedi, per cui non riesce facile coltivarli con facilità.

Ma v'era di più. Lo scetticismo con cui venne accolta la scoperta di Laveran era anche legato al fatto che essa contrastava con un'idea al tempo dominante, condivisa dai maggiori esperti del campo: ancora storditi dalla recentissima rivoluzionaria scoperta dei batteri, ora erano tutti convinti che per una malattia epidemica ci volesse necessariamente un batterio. E a un certo punto essi si convinsero che questo fosse quel *Bacterium malaricus* che un medico di Pola, Bernardo Schiavizzi, aveva isolato nel terreno di una zona paludosa. (Il nostro Camillo Golgi - poi Premio Nobel 1906 - ci metterà una decina di anni per dimostrare con sperimentazioni molto rigorose l'inconsistenza di questa tesi).

Sarà infine Giovanni Battista Grassi a dimostrare, con l'aiuto dell'obiettivo "a im-

Francobollo commemorativo di Alphonse Laveran



mersione" da poco inventato, che il parassita malarico "si sviluppa come una piccola ameba nei globuli rossi nutrendosi della loro emoglobina, finché raggiunto un certo volume si divide in corpuscoli figli che invadono gli altri globuli". E a sua volta Golgi dimostrerà nel 1886 che, per arrivare al punto che l'emazia si rompa e liberi i parassiti malarici, occorrono 48 oppure 72 ore, e che questi periodi corrispondono esattamente agli intervalli febbrili della malaria terzana o quartana.

Un ulteriore grande progresso fu compiuto nel 1890 quando sempre la Scuola romana chiari il perché esistono più forme di malaria, individuando tre specie distinte del plasmodio: il *Plasmodium vivax* (che provoca la terzana benigna), il *Plasmodium malariae* (la febbre quartana) e il *Plasmodium falciparum* (terzana maligna). Ma queste scoperte furono (a torto) contestate dallo stesso Laveran, che nella riedizione 1907 del suo *Traité du Paludisme* escludeva addirittura che dette ricerche potessero "giustificare

la creazione di specie distinte di plasmodio".

Stranamente, il Premio Nobel per la scoperta del parassita malarico fu assegnato a Laveran (che ne donò metà al laboratorio di Medicina tropicale dell'Istituto Pasteur di Parigi) solo nel 1907 ("per il suo lavoro sul ruolo dei protozoi come causa di malattia"), mentre già cinque anni prima, nel 1902, il premio era stato assegnato al medico militare inglese Ronald Ross "per la scoperta dei meccanismi di trasmissione" del parassita stesso.

Tra tanti prestigiosi premi chi rimase con la bocca asciutta fu il nostro Giovanni Battista Grassi che - pur avendo fatto la scoperta più importante - cioè che il plasmodio malarico viene trasmesso da un individuo all'altro attraverso la zanzara Anophele, andandosela a cercare personalmente tra le paludi dell'agro romano - dovette accontentarsi *obtorto collo* del titolo di Senatore del Regno d'Italia che - bontà sua - sua maestà il Re gli assegnò nel tentativo di consolarlo. •



Chi educa i giovani papà, mamma o maestro?

Una recente ricerca ha messo in evidenza che nel nostro Paese siamo all'emergenza. Nel mirino la scuola. Però la "nascita" ha sempre la sua importanza e spesso decide gli indirizzi della vita

di Antonio Gulli (*)

Una recente ricerca sull'educazione ha messo in evidenza che esiste nel nostro Paese una "emergenza educativa". I risultati – frutto di un campione composto da famiglie, varie istituzioni e imprese – indicano che per sei persone su dieci l'educazione richiede interventi immediati, mentre per più di tre essa si colloca tra le "urgenze" da affrontare (FpS; 2006). L'universo maggiormente messo sotto accusa risulta essere la scuola, mentre la famiglia, il contesto sociale e la condizione economica seguono in maniera

distaccata. Non meno rassicuranti risultano i dati che riguardano la mobilità sociale. In sostanza, in Italia le opportunità di migliorare la situazione sociale di partenza sono distribuite in modo disuguale e dipendono, in maniera fortemente significativa, dalla classe di origine. In altri termini, si conferma che – a dispetto delle promesse istituzionali – essere figlio di un avvocato oppure di un tornitore, rispetto al futuro, non è la stessa cosa. Infatti, le probabilità di diventare un imprenditore o un libero professionista – cioè di accedere alle posizioni di vertice della gerarchia sociale – nel

primo caso sono relativamente alte (31,2 per cento), mentre nel secondo si presentano decisamente basse (5,1 per cento). Differentemente, la possibilità di un ragazzo figlio di un libero professionista di diventare operaio è pari al 6,9 per cento; mentre di un figlio di operaio di restare nella stessa classe sociale del padre è del 45,1 per cento. Ciò vuol dire che merito, sacrifici, abilità, passione e volontà passano in secondo piano rispetto al privilegio di possedere un genitore o con cognome blasonato o con un elevato status economico, culturale e lavorativo. Come immaginare che la

**Dove
affondano
le radici
i modelli
di successo**

scuola e/o la famiglia possano risolvere queste sociopatie? Come può rendersi credibile un educatore di fronte a queste iniquità? Come può un giovane – se non ha una famiglia che lo garantisce – credere all'importanza dello studio per poter realizzare il proprio futuro? Quando si dialoga con un giovane si deve avere presente che ci troviamo di fronte a degli atteggiamenti, e modi di comportamenti, fluidi; cioè di fronte a un universo molteplice, policentrico, pieno di piccoli e grandi passaggi, segreti e palesi. Di transiti, in cui non sono presenti – a dispetto delle apparenze – né direzioni forti né scelte decise. In altri termini, una figura che incarna una transizione che però non implica un avanzamento verso traguardi individuabili quanto un percorso mutevole per tempo e per luoghi. Un



soggetto che è capace di vivere una tensione costante tra integrazione e differenziazione. E tale tensione non riguarda l'opposizione tra integrazione e conflitto, quanto tra integrazione e condizioni storiche della sua realizzazione. Condizione storica che chiama in causa le stesse possibilità da parte del soggetto di potersi affermare, ovvero il suo processo di differenziazione-individuazione. Non si integra una cosa uguale; una cosa uguale la si può sommare. Si integra una cosa diversa, sempre a patto che le condizioni lo permettano. Fondamentalmente, il giovane incarna una "contingenza" della comunità pratica della vita. All'inizio del secolo appena passato un grande esponente della cultura tedesca, quale era Simmel, scriveva che l'educazione si deve porre il fine di promuovere la piena umanità, far crescere l'autonomia di pensiero e la capacità di collegare conoscenza ed esistenza. Il sapere che per tanti aspetti il proprio futuro – futuro, che è bene ricordare, è in grado di orientare il presente e se-tacciare il passato – è incerto, precario e legato in larga parte a una "lotteria", non porta inevitabilmente a dilatare il presente a dismisura appiattendosi sul quotidiano come se questo dovesse durare per sempre? E non è quello che sta avvenendo in tante aree dell'universo giovanile? Perché stupirci, allora, se i modelli che hanno successo so-

Il rapporto che viviamo con la propria e altrui "differenza"

no quelli che affondano le proprie radici nella spettacolarizzazione della propria esistenza? Ovvero nell'istante? Uno tra i più importanti sociologi francesi scriveva che l'attività educativa deve realizzare un uomo non come la natura l'ha fatto ma come la società vuole che sia (Cfr., Durkheim). Il problema così posto non trova più la sua centralità nell'area problematica che si può individuare nella dicotomia varianza/invarianza che caratterizza l'essere umano quanto – come già scriveva Weber – nella struttura sociale e nei rapporti di forza che al suo interno si sono sedimentati. Da qui la potente correzione di rotta che vede l'affermarsi di una consapevolezza che parte dal fatto che "L'educazione non realizza l'uomo come la società lo vuole bensì come il potere vuole che sia, [ovvero] come lo strato o gli strati prevalenti vogliono che sia" (Cfr., Weber, 1922). Ogni forma di educazione esprime una concezione circa la natura umana. Forse, allora, è opportuno sottolineare che l'individuo si costituisce sempre a partire da una relazione e che quindi non si pone mai come individua-

lità isolata che instaura relazioni, quanto rapporto che ognuno di noi vive con la propria e altrui "differenza". Quando la differenza si fonda sul perpetuarsi del privilegio succede che anche i dialoghi interiori si spengono a favore dell'illusione dell'onnipotenza dell'accadimento. È di moda dare la colpa di tutto alla televisione e ai programmi che trasmette. Non c'è dubbio che la maggioranza degli spettacoli sono culturalmente deboli, ed alcuni di loro mettono in scena i sentimenti che non è eccessivo definire in modo "pornografico"; ma se il successo di ascolto che fanno lo si imputa alla loro sola azione deduttiva forse si omette di dire che in altre sedi c'è il vuoto. L'esperienza maturata all'interno delle scuole superiori – in circa quindici anni di incontri – mi hanno reso evidente un fenomeno che non può ritenersi secondario: ovvero sono i ragazzi a educare i professori e, in qual-

che caso, i docenti a istruire i ragazzi. Di fatto, quello che a me è sembrato venir fuori è che ogni mattina i professori si immergono in una specie di "lezione pratica" che ha come oggetto "ciò che la realtà rilascia di reale"; e che quando il rapporto studente-docente – per la consapevolezza da parte di questo ultimo di quanto prima accennato – si arricchisce della figura familiare i primi a cadere non sono i ragazzi quanto – purtroppo per questi – l'autorevolezza degli attori in questione. Se si spinge la riflessione al cuore del problema, riemerge l'aspetto fondamentale che innerva il farsi stesso dell'educazione e cioè l'incontro dell'individuo con l'altro attraverso la mediazione del "mondo". E che tipo di mondo li transita verso ciò che vogliono diventare rispetto al futuro che oggi già esiste? •

(*) *Professore a contratto presso la Facoltà di Psicologia 2 – Università degli Studi "La Sapienza"*



ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

IL SIMBOLISMO. DA MOREAU A GAUGUIN A KLIMT

FERRARA - fino al 20 maggio 2007
Retrospectiva dedicata al Simbolismo con oltre cento capolavori provenienti dalle più prestigiose collezioni pubbliche e private di tutto il mondo.

Palazzo dei Diamanti
telefono: 0532 209988
www.comune.fe.it

PAUL CÉZANNE A FIRENZE

FIRENZE - fino al 29 luglio 2007
In occasione del centenario della morte, questa mostra rappresenta un'occasione unica per ammirare decine di capolavori del pittore, disprezzato in vita ed oggi riconosciuto come "padre della pittura moderna".

Palazzo Strozzi
telefono: 055 2776461
www.firenzemostre.com

GIORGIO DE CHIRICO

PADOVA - fino al 27 maggio 2007
Mostra spettacolare con la più ampia selezione mai offerta in Italia di opere metafisiche e dei primi anni Venti e numerosi dipinti inediti.

Palazzo Zabarella
telefono: 049 8753100

JACQUES VILLEGLE IL DÉCOLLAGE DI UN GRANDE MAESTRO

PADOVA - fino al 31 maggio 2007
Rassegna composta da circa sessanta opere dagli anni Cinquanta ad oggi.

Vecchiato New Art Gallery
telefono: 049 665447
www.vecchiatoarte.it

ANNIBALE CARRACCI

ROMA - fino al 6 maggio 2007
Prima mostra monografica dedicata ad Annibale, il più famoso dei Carracci ed anche forse il più importante degli artisti bolognesi di tutti i tempi.

DART - Chiostro del Bramante
telefono: 06 68809035

PAUL KLEE. TEATRO MAGICO

MILANO - fino al 29 aprile 2007
Questa grande rassegna intende esaminare gli aspetti fantastici dell'opera kleeana come il suo rapporto con la musica e la letteratura e l'approccio con il mondo infantile o primitivo.

FAM - Fondazione Mazzotta
telefono: 02 878197

ROMANICA: ARTE E LITURGIA NELLE TERRE DI SAN GEMINIANO E MATILDE DI CANOSSA

MODENA - fino al 1° aprile 2007
La mostra si compone di una cinquantina di opere appartenenti al secolo XII, prodotte per la cattedrale di Modena, manoscritti, iscrizioni e preziosi manufatti legati al culto provenienti dalla vicina abbazia di Nonantola e dalla distrutta abbazia di Frassinoro.

Musei del Duomo
telefono: 059 4396969
www.duomodimodena.it/musei/musei_duomo.html



Ugo Sergi, "Laboratorio di danza"
Acrilico su tela, cm 60x50

I COLORI DELLA CAMPANIA OMAGGIO A GIACINTO GIGANTE

NAPOLI - fino al 3 giugno 2007
Mostra composta da circa centocinquanta opere dedicate a Giacinto Gigante, il maggiore esponente del paesaggismo napoletano in chiave romantica ed emozionale, in occasione del bicentenario della nascita dell'artista.

*Museo Principe Diego
Aragona Pignatelli Cortes*
telefono: 081 669675

IACOPONE DA TODI E L'ARTE IN UMBRIA NEL DUECENTO

TODI (PG) - fino al 2 maggio 2007
Una delle città medioevali più suggestive d'Italia, Todi, dedica una mostra al suo figlio più illustre, il poeta Iacopone da Todi ed all'arte umbra del suo tempo.

Palazzo Comunale
telefono: 075 8944748

SELEUCIA AL TIGRI UNA CITTÀ GRECA IN BABILONIA

TORINO - fino al 31 maggio 2007
Mostra archeologica sulla civiltà nata nel cuore del Medio Oriente, durante il periodo Seleucide e Partico, alla confluenza delle culture ellenistiche e mesopotamica.

*Museo Civico d'Arte Antica
Palazzo Madama*
telefono: 800 333444
www.palazzomadamatorino.it

FRANCESCO FONTEBASSO L'ALBUM DEI DISEGNI

VENEZIA - fino al 16 aprile 2007
Ventotto disegni di grandi dimensioni del pittore veneziano Francesco Fontebasso provenienti dalle ricche collezioni del Museo Correr; risalenti probabilmente ad un'unica raccolta settecentesca.

*Ca' Rezzonico
Museo del Settecento Veneziano*
telefono: 041 2410100

di Serena Bianchini

Habemus Papam: l'emozionante annuncio in Piazza San Pietro a cui il mondo intero assiste, segna l'elezione del nuovo Papa insieme alla fine del Conclave (cum clave: chiuso a chiave), quel periodo così noto ma anche "segretissimo", un momento di riflessione e concentrazione per i cardinali riuniti, fondamentale per la continuità della successione dei Pontefici. Per ripercorrere quegli istanti in cui si fa la storia, è stata sapientemente allestita la mostra *Habemus Papam. Le elezioni pontificie da San Pietro a Benedetto XVI* nell'Appartamento di rappresentanza del Palazzo Apostolico Lateranense, luogo di molti conclavi e dimora ufficiale dei pontefici romani fino all'esilio avignonese.

La mostra, che festeggia il 500° anniversario della basilica di San Pietro curata da Francesco Buranelli direttore dei Musei Vaticani, è unica perché ci offre una ricchissima scelta di opere che provengono da grandi collezioni come i Musei Vaticani, l'Archivio segreto Vaticano, la Basilica di San Paolo fuori le Mura, il Museo di Palazzo Chigi di Ariccia e da importanti collezioni private, ed illustra il lungo ed elaborato processo che nei secoli ha portato alla Chiesa la continuità della successione dei Pontefici. Qualche segreto sulla sua potenza è sve-

Manifattura Barberini (Roma sec. XVII), Maffeo Barberini (Urbano VIII) eletto Papa, 1668-1669, arazzo, Musei Vaticani



Storie di Papi in mostra

Le elezioni pontificie da San Pietro a Benedetto XVI spiegate da eccezionali opere d'arte esposte nei Musei Vaticani

lato lì, tra quelle stanze che già di per sé sono ricchissime di storia, abbellite da affreschi e arazzi antichi, ed ora ancor di più nelle opere in mostra di alto livello storico-artistico, come alcuni sarcofagi paleocristiani di cui uno di marmo bianco con il Cristo Buon Pastore che accarezza dolcemente un agnello, ai lati Pietro e Paolo e gli altri apostoli, scena simbolo della Chiesa fondata sulla Carità.

Camminando lungo il percorso si incontrano stampe e incisioni che mostrano le varie tappe delle esequie, del

conclave e dell'elezione del nuovo Pontefice, oggetti curiosi come il martello del Cardinale Camerlengo, che usava sul Papa deceduto per constatare la morte battendo per tre volte sulla sua fronte; la stufa in cui vengono bruciate le schede dell'elezione e le chiavi del conclave affidate al Maresciallo di Santa Romana Chiesa, oltre ad oggetti di grande significato come un'antichissima teca-reliquario della Vera Croce di Papa Pasquale I (817-824) in argento sbalzato dorato e coperchio scorrevole, con incise absi-

di di Basiliche Romane del V secolo, proveniente dal Sancta Sanctorum; una terracotta del Bernini, *La Carità* (1627-28 ca.), bozzetto per il sarcofago di Urbano VIII in San Pietro.

Si possono osservare anche portantine, troni, sedi gestatorie, flabelli di struzzo e preziosissime tiare, oggetti aboliti negli anni settanta con Paolo VI per un papato inteso come servizio e non come potere, instaurato invece da Bonifacio VIII.

Desta interesse storico una grande pergamena con ventisette sigilli in cera dell'Archivio Segreto Vaticano: è la Costituzione *Ubi Periculum* sulle norme per l'elezione pontificia e lo svolgimento del conclave, del Secondo Concilio di Lione del 1274. È la sua prima regolamentazione, necessaria in seguito a controversie legate ad un conclave durato ben trentatré mesi. La storia narra che per costringere i cardinali a votare venne scoperchiato il tetto: così venne eletto Gregorio X nel 1271. Dalla costituzione *Ubi Periculum* si è sempre voluta tener lontana da influenze esterne l'elezione del Papa. Ancora splendidi quadri del settecento mostrano la presa di "possesso" da parte dell'eletto e i festeggiamenti a Castel Sant'Angelo con la folla festante, girandole, grandi fuochi d'artificio e quell'uomo divenuto Papa ma soprattutto simbolo e certezza per tanti. •

Una preziosa... brutta vestaglia

Storia moderna di una famiglia di costumisti che da sessant'anni cuce abiti per attori di cinema e teatro. Una piccola bottega si è trasformata prima in un atelier d'alta moda e poi è divenuta fornitrice di preziosi abiti di scena

di **Maricla Tagliaferri**

Un bell'abito non cade dal Cielo. Neanche quando, sullo schermo, sembrano un miracolo, come quelli di "Marie Antoinette" di Sofia Coppola, di cui tanto si discusse a Cannes. Neanche quando la vestaghetta scolorita di Sophia Loren in "Una giornata particolare" sembra proprio quella che nostra madre portava in casa. Perché l'invenzione più audace di un costumista, non è nulla senza una squadra di sarti che la renda credibile, indossabile, armoniosa con l'insieme del film. E sarti bravi, come lo staff di Annamode68, per esempio, che da sessant'anni cuce abiti per il teatro e il cinema (compresi i due citati). Fondata da Anna Allegri, nata piccola bottega, divenuta atelier d'alta moda e poi fornitrice di abiti di scena. Da quel primo "Caccia tragica" di De Santis, l'elenco e la varietà dei film che ha "vestito" è impressionante: dalle futuristiche plastiche di "Tre passi nel delirio" di Fellini ai severi pois di "Matrimonio all'italiana", dall'abito da

sposa di Claudia Cardinale in "Il bell'Antonio" a "Il codice da Vinci". Dal '94 la dirige il nipote della signora Anna, Simone Bessi, un bel ragazzo di 35 anni, premiato come "giovane imprenditore romano", che ci guida nel laboratorio che frequenta da quando era piccolo.

Da cosa si riconosce un brutto abito?

Dalle rifiniture, senza dubbio, ma anche da qualcosa di indefinibile quando viene indossato. Le decisioni su stoffe e colori le prende il costumista, ma la fattura è nostra responsabilità e talvolta una cucitura lenta fa la differenza.

Cos'è Annamode68?

Una società di sartoria e noleggio. Abbiamo un magazzino di 2.000 mq, che accoglie 250.000 costumi completi, dalla biancheria intima agli accessori. Più di 1.000 abiti autentici, che teniamo per studiare i tagli e le tecniche di lavorazione. Ogni epoca ha le sue ed è importante rispettarle. Non si può fare una cucitura a

macchina per un abito del '300, per dire.

Un grande patrimonio.

Un impegno grosso, sì, perché è vero, come diceva mia zia, che un abito è un abito e va usato e strapazzato, ma se non fai una manutenzione attenta, non gli fai prendere aria, non lo proteggi dalla luce, non lo lavi accuratamente, si rovina. E soffriamo un po' della trascur-

Audrey Tautou e Tom Hanks ne "Il Codice da Vinci"



ratezza verso l'artigianato che hanno un po' tutti i nostri governi.

C'è un sacco di gente al lavoro.

E non è facile trovare il personale. Molti vogliono fare i costumisti, pochissimi i sarti. È un mestiere faticoso, lungo da imparare, poco remunerativo e mai sotto la luce dei riflettori.

Eppure è determinante, un buon costume, nella recitazione di un attore.

Appena infilano il vestito entrano nella parte

Assolutamente sì. È bello vedere che appena infilano il vestito cominciano ad entrare veramente nella parte. Ed è anche snervante che quando non sono soddisfatti del ruolo, se la prendono con le cuciture, i bottoni, insomma con noi. Specie nei costumi per l'opera, capita che accusino i busti troppo stretti se non riescono a fare l'acuto giusto.

Ma lei sa cucire?

Per niente. Però mi è capitato di recente di dover confezionare in fretta e furia il costume - cioè qualcosa che somigliava ad un costume - per una controfigura che compariva solo in lontananza.

È più difficile un abito moderno o uno antico?

I costumisti trovano più difficile il contemporaneo, che già

gli anni '80 sono "epoca". Per noi è un problema trovare le stoffe giuste, ma ne abbiamo tante in magazzino: mia nonna le comprava in vista di film futuri. La moda di oggi, poi, mi pare non abbia una sua logica estetica, nulla che rappresenti il momento storico, c'è di tutto. Mi tremano i polsi a pensare come farò fra vent'anni, a trovare i costumi per un film ambientato nel 2000. •

Wait a minute, mister Postman!

Il Cavern Club di Liverpool compie 50 anni e le poste inglesi hanno emesso sei francobolli raffiguranti altrettante copertine di long playing, i primi e forse i più ascoltati, incisi dai quattro, favolosi Beatles...

di Piero Bottali

Proprio nel momento in cui si esauriva l'esaltante vampata del Rock and Roll del giovane e grandissimo Elvis Presley - era il 1960 -, dall'altra parte dell'oceano, in Inghilterra, sorgevano prorompenti i Beatles. Nonostante John Lennon dichiarerà più volte che Elvis fu sempre il loro idolo non solo musicale,



la loro musica e la filosofia esistenziale che ne sottendeva erano giusto l'opposto del tormentato cantante di Tupelo. Ribellismo erotico-ado-



lescenziale l'uno, senso dell'umorismo, dell'autoironia e gusto del surreale gli altri; totale disimpegno politico-sociale e rapida caduta nel conformismo da provinciale del Sud in Presley, critica radical-snob e sberleffo ad ogni retorica nei Beatles. Senza parlare delle diametrali differenze fra la musica dell'uno e quella degli altri. Infatti, sebbene il mondo l'abbia celebrato giustamente come il "re (bianco) del Rock and Roll" (quello "nero" potrebbe benissimo essere Little Richard Penniman) Elvis Presley fu un immenso cantante di Blues: qui le sue radici, qui la sua storia e le sue suggestioni di



bambino che andava nel quartiere nero ad ascoltare le lancinanti storie dai bluesmen. Il Blues martellato e terzinato diventerà Rock and Roll ed i giovani di tut-

to il mondo dondoleranno con esso. I Beatles ascoltano il Blues e il Rock and Roll, li divorano, li digeriscono, li elaborano ed inventano una nuova musica, una musica che prima non esisteva, e che qualcuno chiamerà Beat, battuta. Qualche giornalista, pensando di essere spiritoso, gioca sull'assonanza fra *beetles* (scarafaggi) e Beatles, ma non fa ridere nessuno.

La musica dei Beatles, come spesso ciò che è sublime, appare di difficilissima definizione, e forse a noi nemmeno importa definirla: è un compito che lasciamo ai compilatori di inserti settimanali. Noi preferiamo descriverla a chi non ha avuto la fortuna di capirla da solo, magari fornendo una chiave, un grimaldello per penetrarla. Vediamo come.



I suoi ingredienti, melodicamente fusi, sono il Blues, un poco (molto poco) di Rock and Roll, arie popolari e rinascimentali scozzesi, tutto



ben condito con abbondante ritmo, appunto il beat che gli ha dato il nome. Ma c'è di più: i Beatles ri-inventano il contrappunto medioevale (*punctum contra punctum*) ripreso dal canto polifonico post-gregoriano e lo ripropongono sotto forma di due, tre voci talvolta in controcanto, talvolta in rincorsa tra loro nel modo della "caccia" tardo-medioevale. Una vera rivoluzione musicale, specie nella musica non classica, un suono mai udito da circa mille anni. Se poi aggiungiamo a questa musica gradevole del buon ritmo, la riempiamo di testi che interpretano a meraviglia i temi cruciali della gioventù dell'epoca, e la simpatia dei personaggi, sarà subito evidente perché i Beatles conquistarono il mondo: bene ha fatto la regina Elisabetta a trasformarli in quattro baronetti. Va anche detto che, musicalmente parlando, i Beatles furono un "organismo coloniale", nel senso che singolarmente presi non valevano granché mentre fusi tutt'insieme



formarono una grandissima band, la più grande dell'epoca moderna. Oggi la loro musica immortale è suonata dalle maggiori orchestre sinfoniche del mondo. •



Malattie e lavoro. Lavoro e malattie

Il decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38 *“disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali”* ha previsto l'aggiornamento e la revisione periodica dell'elenco e delle tabelle delle malattie professionali

di Anna Balletta(*)

Come noto, l'elenco delle malattie previsto dall'articolo 139 del TU DPR 1124/1965 comprende le malattie per le quali vige l'obbligo di denuncia circa l'origine professionale. Le tabelle delle malattie professionali dell'industria e dell'agricoltura, di cui agli articoli 3 e 211 del TU, sono invece il riferimento normativo in base al quale, in sede assicurativa, è applicabile, per le lavorazioni indicate nelle stesse tabelle, il criterio della presunzione legale di origine. L'aggiornamento (elaborazione e revisione periodica) è effettuato con decreto del Ministero del Lavoro, di concerto con il Ministero della Salute, sulla base della proposta

di un'apposita Commissione scientifica prevista dall'articolo 10 del D.L.vo 38/2000, costituita per la prima volta secondo il DM del 23 marzo 2001. Fino ad allora non sono esistite norme che regolassero l'aggiornamento dell'elenco e delle tabelle. L'articolo 10 dà risalto alla connessione tra l'elenco, che ha finalità prevalentemente epidemiologiche, e le tabelle a fini assicurativi dal momento che cita: *“l'elenco deve contenere anche liste di malattie di probabile e possibile origine lavorativa, da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle delle malattie professionali di cui agli articoli 3 e 211”*.

È inoltre istituito, presso la banca dati Inail, il Registro nazionale delle malattie cau-

sate dal lavoro ovvero ad esso correlate a cui ha accesso, tra gli altri, la Commissione per lo svolgimento dei suoi compiti istituzionali.

Composizione e durata della Commissione

Non più di quindici componenti in rappresentanza dei seguenti Enti: Aziende sanitarie locali (Asl) su designazione dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Consiglio Nazionale delle Ricerche (Cnr), Inail, Istituto di previdenza per il settore marittimo (Ipsema), Istituto italiano di medicina sociale, Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (Inps), Istituto Superiore della Sanità (Iss), Istituto

Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (Ispesl) Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero del tesoro del bilancio e della programmazione economica, Ministero della Salute.

La Commissione dura in carica per 4 anni e opera avvalendosi della struttura e del personale dell'Inail.

Il DM del 27 aprile 2004, promulgato dal Ministero del Lavoro, ha recepito e reso esecutiva la proposta di

**Registro nazionale
delle malattie
causate dal lavoro
ovvero ad esse
correlate**

“elaborazione e revisione dell’elenco delle malattie” di cui all’articolo 139, prodotta dalla Commissione. Nella fase successiva dei lavori la Commissione ha provveduto all’aggiornamento delle tabelle ex articolo 3 e 211 del TU; la proposta è stata consegnata nell’agosto 2005 al Ministero del Lavoro che ha acquisito il parere delle Organizzazioni Sindacali Nazionali di categoria maggiormente rappresentative. La Commissione è stata poi chiamata a tenere incontri con le Parti Sociali discutendo le relative osservazioni e posizioni in termini sicuramente costruttivi. L’iter ministeriale ad oggi è ancora in corso.

È opportuno ricordare che, secondo il sistema vigente, **la malattia professionale** è tale, in termini assicurativi, se causata da fattori patogeni cui il lavoratore è stato esposto nell’esercizio e a causa di determinati lavori, gli uni e gli altri previsti dal legislatore ed elencati in tabella o anche extratabellari, purché ne sia provata l’origine lavorativa (sentenza della C. Cost. 179/88). Sono pertanto da considerare i seguenti connotati medico legali della malattia professionale tabellata e non: causalità riferibile ad agente nocivo del ciclo lavorativo che abbia efficacia lesiva qualitativa e quantitativa (idoneità del rischio), patologia tipica

riferibile a quell’agente; le concause extralavorative si considerano sempre che le stesse non interrompano il nesso causale in quanto capaci da sole a produrre l’evento. I suddetti criteri valgono a maggior ragione dato il consolidarsi della multifattorialità nell’ambito delle malattie emergenti lavoro correlate per le quali il riferimento più congruo è quello della incidenza epidemiologica.

L’obiettivo prioritario della Commissione è stato quello di eseguire la revisione delle tabelle in base al progresso delle conoscenze scientifiche delle discipline mediche e delle tecnologie produttive, anche in termini epidemiologici, tenuto conto, altresì, delle tabelle vigenti in altri Paesi europei. È stata considerata anche l’evoluzione del quadro norma-

tivo dopo la sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988, che ha esteso la tutela a tutti gli eventi morbosi riconducibili ad esposizioni lavorative ricorrendo al cosiddetto “sistema misto”. A distanza di oltre quindici anni da tale evoluzione giurisprudenziale, a causa delle modifiche dei processi tecnologici e dell’organizzazione del lavoro, nonché delle più approfondite conoscenze sull’eziopatogenesi, vi è stato un notevole incremento delle malattie non tabellate fino a determinare una prevalenza di queste ultime rispetto a quelle tabellate (57% circa sul totale degli anni 1999-2003; 68% per il 2004 secondo i dati del Rapporto Annuale Inail).

La Commissione si è avvalsa delle competenze tecnico scientifiche multidisciplinari dei suoi componenti (medicina del lavoro, igiene del lavoro, epidemiologia, medicina legale, pneumologia, allergologia, chimica, ecc.), di collaborazioni provenienti dagli Enti di appartenenza dei singoli membri, nonché, su alcuni temi specifici, del parere di professionalità con approfondite e riconosciute conoscenze nel settore.

Alcune delle più importanti modifiche proposte dalla Commissione

- Nella proposta di nuova tabella si è ritenuto di includere, in tutte le voci, le specifiche patologie correlate agli agenti indicandole secondo le

definizioni e i codici utilizzati nella più recente codifica internazionale (ICD-10).

- È stato curato particolarmente l’aggiornamento degli agenti cancerogeni.
- È stato introdotto un gruppo di malattie da rischio ergonomico provocate da sollecitazioni biomeccaniche conosciute come “malattie da movimenti ripetuti e posture incongrue o CTD (*cumulative trauma disorders*)”, da tempo presenti nelle tabelle di altri Paesi e nell’elenco della Commissione Europea e in Italia trattate secondo il sistema misto ma con un numero di riconoscimenti da parte dell’Inail che è secondo alla sola “ipoacusia da rumore”. Le sedi interessate da tali patologie sono l’arto superiore (la “sindrome del tunnel carpale” e altre tendiniti), il ginocchio, la colonna vertebrale.
- Sono stati inseriti in tabella, le più frequenti malattie da agenti biologici di origine lavorativa, ritenendo più adeguata alla attuale evoluzione normativa la trattazione come malattia professionale di tali patologie che l’Inail tratta da tempo con i criteri dell’evento infortunistico.

Per la **tabella dell’agricoltura** si è provveduto all’aggiornamento con maggiori adeguamenti a quella dell’industria, in particolare per le malattie emergenti. •

(*) *Rappresentante dell’Inail e presidente della Commissione (art. 10 D.L.vo 38/200)*





ALCUNI QUESITI PER CAPIRE MEGLIO

Caro Presidente,
vorrei sottoporre alcuni aspetti circa la mia posizione previdenziale presso l'Enpam.

Sono laureato in Medicina e Chirurgia dal 1981 e mi sono specializzato in Urologia nel 1986. Dal 1984 svolgo esclusiva attività di medico di Medicina generale.

Vorrei sapere, se possibile: quando raggiungerò i requisiti minimi per la pensione nell'ipotesi o meno di un eventuale riscatto degli anni del corso di laurea; l'eventuale importo della pensione a quella data, nell'una o nell'altra ipotesi e con o senza il ritiro del 15% al momento del pensionamento; l'eventuale importo da versare per riscattare gli anni di laurea mancanti per il raggiungimento dei requisiti minimi di pensionabilità.

Ringraziandoti per la tua cortese attenzione, colgo l'occasione per porgerti distinti saluti.

Lettera firmata

Caro Collega,

le condizioni necessarie, previste dalla normativa attualmente in vigore, per ottenere la pensione di anzianità sono, oltre ai 58 anni di età, il raggiungimento di un'anzianità contributiva di 35 anni ed il possesso da almeno 30 anni del diploma di laurea in medicina e chirurgia.

Nel tuo caso, mentre il requisito anagrafico sarà raggiunto nel novembre 2013, per maturare l'anzianità contributiva richiesta, considerato che sei iscritto al Fondo dei medici di Medicina generale dal gennaio 1984, dovrai attendere il 2019, data di poco precedente il compimento del 65° anno di età.

Il riscatto degli anni di laurea, invece, ti consentirebbe di anticipare l'età del pensionamento in quanto con tale operazione matureresti il requisito contributivo nel gennaio 2013 e, ai sensi della Legge 449/97 che prevede un differimento nell'erogazione della pensione rispetto alla data di raggiungimento di tutti i requisiti (c.d. "finestre di uscita"), potresti godere effettivamente del trattamento a partire dal 1° luglio 2014.

Il costo dell'operazione, ipotizzando la presentazione della domanda in data odierna, ammonterebbe a circa € 66.500,00. Il versamento dell'onere di riscatto può essere effettuato in un'unica soluzione o in rate semestrali con la maggiorazione degli interessi legali. Ti ricordo, inoltre, che i contributi per il riscatto sono interamente deducibili dall'imponibile Irpef, ai sensi del Decreto Legislativo 18 febbraio 2000 n. 47. La pensione di anzianità si determina con le stesse modalità di calcolo della pensione di vecchiaia, ma l'importo della prestazione viene ridotto in base ad un'aliquota riferita all'età in cui vengono raggiunti i requisiti sopra elencati.

Pertanto, l'importo della prestazione cui avresti diritto qualora decidessi di cessare l'attività professionale alla data sopra indicata (1° luglio 2014) ed usufruendo del riscatto degli anni di laurea sarebbe pari a circa € 29.700,00 annui lordi.

Nel caso, invece, optassi per il trattamento misto, convertendo in indennità di capitale una quota pari, nel massimo, al 15% della pensione maturata, avresti diritto ad una pensione pari a circa € 25.300,00 annui lordi e ad una indennità di circa € 65.800,00 lordi.

Al compimento del 65° anno di età (13 novembre 2020), invece, senza riscatto avresti diritto ad una pensione annua lorda di circa € 36.400,00 e con il trattamento misto tale importo sarebbe pari a circa € 30.900,00 con un'indennità in capitale di circa € 66.100,00. Mentre, effettuando il riscatto degli anni di laurea la prestazione pensionistica sarebbe pari a circa € 43.000,00 annui lordi; il trattamento misto, invece, ti darebbe diritto ad una pensione di circa € 36.500,00 e ad un'indennità pari a circa € 78.000,00.

Ti saluto cordialmente.

Eolo Parodi



VORREI APPROFITTARE DELLA TOTALIZZAZIONE

Caro Presidente,
l'approvazione della legge sulla "totalizzazione" mi ha indotto a verificare la mia situazione contributiva che ti riassumo brevemente.

Ho versato all'Inps contributi per 13 anni e 9 mesi e sono iscritto all'Enpam dal 1982 come medico di Medicina generale.

I periodi di contribuzione non sono coincidenti. Mi è stato detto che potrei, usufruendo della totalizzazione, andare in pensione dal 2009. Preciso che non ho riscattato né il servizio militare né gli anni di

laurea. Ti chiedo quindi alla luce di questi dati: quale sarebbe l'ammontare del riscatto Inps nell'Enpam sapendo che il reddito complessivo del 2005, quadro N, corrisponde a euro 95.085,00? Quando potrei andare in pensione e a quanto ammonterebbe la pensione in questo caso? Quanto sarebbe l'importo della pensione in caso di totalizzazione se decidessi di andare in pensione a 60 anni? Mi conviene riscattare gli anni all'Inps (tutti o in parte) o è più conveniente il riscatto degli anni di università e del servizio militare?

Ti informo che mi sono laureato nel 1981.

Certo di una tua sollecita risposta ti ringrazio e ti saluto cordialmente.

Lettera firmata

Caro Collega,
per ricongiungere la posizione contributiva maturata presso l'Inps al Fondo dei medici di Medicina generale dell'Enpam - al quale sei iscritto dall'agosto 1982 - è necessario presentare apposita domanda all'Ente, reperibile presso l'Ordine dei Medici di appartenenza o sul sito Internet della Fondazione (www.enpam.it).

I competenti uffici si attiveranno per richiedere all'Inps il prospetto dei contributi accreditati in tuo favore, sulla base dei quali sarà possibile effettuare il calcolo dell'onere a tuo carico e l'incremento di pensione che percepirai.

Ti faccio, comunque, presente che le condizioni necessarie, previste dalla normativa attualmente in vigore, per ottenere la pensione di anzianità sono: 58 anni di età, il raggiungimento di un'anzianità contributiva di 35 anni ed il possesso da almeno 30 an-

ni del diploma di laurea in medicina e chirurgia, ovvero 40 anni di contribuzione prescindendo dal requisito anagrafico.

Pertanto, accettando la ricongiunzione raggiungeresti tutti i requisiti nel novembre 2011, quando maturerai i 30 anni di anzianità di laurea e, ai sensi della Legge 449/97 che prevede un differimento nell'erogazione della pensione rispetto alla data di raggiungimento di tutti i requisiti (c.d. "finestre di uscita"), potresti godere effettivamente del trattamento a partire dal 1° luglio 2012.

In merito all'istituto della totalizzazione, invece, ti ricordo che il decreto legislativo 2 febbraio 2006, n. 42, ha previsto in favore del lavoratore iscritto a due o più forme di assicurazione obbligatoria, che non sia già titolare di un trattamento pensionistico presso una delle predette gestioni, di cumulare gratuitamente i periodi contributivi non coincidenti, di durata non inferiore a sei anni, al fine di maturare il diritto ad un trattamento previdenziale.

La facoltà di totalizzare, può essere esercitata al compimento del 65° anno di età in presenza di un'anzianità contributiva cumulata pari ad almeno venti anni, ovvero, indipendentemente dall'età anagrafica, in presenza di un'anzianità contributiva cumulata non inferiore a quaranta anni.

Nel tuo caso, pertanto, considerati i 13 anni di versamenti non coincidenti presenti all'Inps, raggiungeresti i 40 anni di contribuzione per chiedere la pensione da totalizzazione a partire dal 2008.

Per dare avvio al procedimento di totalizzazione è richiesta, a norma di legge, la presentazione all'Ente cui il lavoratore da ultimo risulta iscritto (nel tuo caso l'Enpam), di apposita domanda di prestazione in regime di totalizzazione.

Ai fini della misura del trattamento pensionistico, ogni Istituto, ciascuno per la parte di propria competenza, determina la misura della prestazione, pro quota, in rapporto ai rispettivi periodi di iscrizione maturati. Inoltre, qualora il lavoratore abbia raggiunto in una gestione i requisiti contributivi minimi richiesti per il diritto ad una autonoma pensione di vecchiaia, tale "pro quota" sarà determinato con il metodo di calcolo previsto dall'ordinamento della gestione medesima.

Pertanto, il calcolo della quota di pensione a carico della Fondazione verrebbe effettuato applicando il sistema previsto dal Regolamento del Fondo medesimo e la prestazione a carico del Fondo dei Medici di Medicina Generale al compimento del 60° anno di età (come da te ipotizzato) sarebbe pari a circa € 2.600,00 mensili lordi.

Il riscatto degli anni di laurea e del servizio militare all'Enpam, invece, a fronte di un onere complessivamente pari a circa € 73.000,00 (di cui circa € 63.000,00 per la laurea e circa € 10.000,00 per il servizio militare), ti garantirebbe, sempre a tale età, un importo di pensione pari a circa € 3.300,00 mensili lordi.

Ti faccio presente, infine, che, per il conseguimento del trattamento pensionistico, la legge richiede, oltre ai requisiti di età e di anzianità contributiva, anche la "sussistenza di ulteriori requisiti previsti dai rispettivi ordinamenti per l'accesso alla pensione". Pertanto, prima di presentare domanda di pensione è necessario che cessi la tua attività professionale in convenzione con gli Istituti del SSN.

Con viva cordialità.

E. P.



QUESTI I DATI CHE MI RIGUARDANO

Caro Presidente,

con l'approssimarsi della pensione a carico del Fondo dei medici di Medicina generale al compimento del mio 70° anno, gradirei conoscere quale sarà l'entità di tale pensione.

A tale riguardo le invio i miei dati più importanti: anno di laurea 1964; convenzionato come generico con gli Enti Mutualistici Inam, Inadel, Cassa Mutua Commerciali, Cassa Mutua CC.DD.

Da settembre 1984 convenzionato come pediatra di libera scelta rapporto tuttora in corso. Confidando in una cortese risposta sul Giornale della Previdenza, che leggo assiduamente, ti ringrazio anticipatamente, porgendoti i sensi della mia stima.

Lettera firmata

Caro Collega, presso il Fondo dei medici di Medicina generale, dove sei iscritto dal dicembre 1966, risultano accreditati in tuo favore contributi previdenziali per un importo complessivo pari a € 147.536,94.

Tale contribuzione ti garantirà, al compimento del 70° anno di età, un trattamento pensionistico pari a circa € 2.200,00 mensili lordi, reversibile ai superstiti, indicizzato e cumulabile con quello che ti viene già erogato dal Fondo di Previdenza generale. Nel caso, invece, optassi per il trattamento misto, convertendo in indennità di capitale una quota pari, nel massimo, al 15% della pensione maturata, come previsto dalla normativa vigente, avresti diritto ad una pensione pari a circa € 2.000,00 mensili lordi e ad una indennità di circa € 42.000,00 lordi.

Nel caso di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. Questa

precisazione, naturalmente, vale per tutti i colleghi nelle tue condizioni.

Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione.

Un caro saluto.

E. P.



LAUREATO IN RITARDO QUALE PENSIONE?

Caro Presidente,

vorrei richiedere cortesemente, se possibile, un chiarimento.

Mi sono laureato tardi e pertanto ho iniziato tardi i versamenti contributivi Enpam Quota A. Prevedendo di versare i suddetti per soli diciotto anni e mezzo, avrò diritto ad una sia pur minima pensione? E se sì, approssimativamente, di quanto? Ringrazio fin d'ora per un'eventuale risposta.

Saluto cordialmente.

Lettera firmata

Caro Collega,

la Fondazione Enpam eroga pensioni di vecchiaia agli iscritti che, in costanza di contribuzione, al compimento del 65° anno di età hanno maturato almeno cinque anni di anzianità contributiva presso il Fondo di Previdenza Generale o, in caso di cancellazione dall'Albo prima di tale data, hanno raggiunto 15 anni di contribuzione.

Nel tuo caso, pertanto, continuando a contribuire fino al compimento del 65° anno di età avrai diritto a percepire un trattamento pensionistico a carico del Fondo Generale ("Quota A"), presso il quale sei iscritto dal settembre 2005.

Allo stato attuale, considerata l'esiguità dei versamenti da te effettuati, non è possibile determinare, anche ipoteticamente, l'importo della pensione cui avrai diritto.

Ti saluto cordialmente.

E. P.

Francobolli che ricordano storie di donne

Poste italiane non ha mai emesso un francobollo per la Giornata dell'8 marzo, ma dal '98 sono stati introdotti temi dedicati esclusivamente alla figura femminile. Come quello per la regina Elena

di Gian Piero Ventura

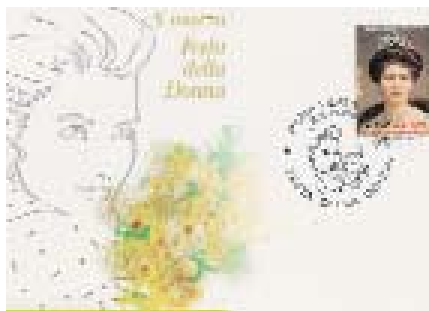
Eccoci arrivati a Marzo, mese della donna e, filatelicamente parlando, dopo il primo e celebre "Penny Black" con sopra il maestoso profilo della regina Vittoria, l'evoluzione che si è sviluppata appare decisamente interessante. Infatti la tematica femminile è poi stata ripresa in tutto il mondo con, approssimativamente, oltre 2000 donne a cui sono dedicati tantissimi francobolli. Raccontando di come un piccolo pezzetto di carta, illustri tante storie, diventando spesso l'estrema sintesi di chi ha speso la propria vita sull'altare degli ideali, per raggiungere qualcosa magari, fino ad allora, impensabile.

La giornata dell'8 marzo, come molti sanno, ricorda la data-simbolo legata all'incendio divampato in un opificio di Chicago nel 1908, occupato nel corso di uno sciopero da 129 operaie tessili che morirono bruciate vive. Nel 1910 a Copenaghen si propose l'istituzione di una "Giornata Internazionale della Donna", soprattutto in ricordo della tragedia di Chicago.

Poste Italiane in realtà non ha mai emesso per la specifica giornata, anche se nel 2004 è stata stampata una apposita cartolina postale con timbro dedicato, mentre il francobollo che la accompagna è quello della regina Elena in ricordo del 50° anniversario della morte. La sua particolarità consiste nel sovrapprezzo di euro 0,21 destinato alla ricerca e prevenzione del tumore al seno, oltre alla tariffa ordinaria di euro 0,41 per un totale di euro 0,62. Tra l'altro questo è il primo francobollo italiano dedicato ad una donna di Casa Savoia.

Ci pare giusto dedicare alcune righe alla regina Elena, che per tutta la vita si è interessata allo studio della medicina e della chirurgia, prodigandosi molto per gli ammalati. I fondi raccolti sono stati infatti destinati all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, per finanziare progetti tesi al potenziamento delle strutture senologiche e alla promozione della ricerca.

Sebbene possa destare stupore il fatto che l'Italia non



abbia mai emesso un francobollo in onore dell'8 marzo, in realtà questa non è una dimenticanza o una debolezza, bensì una dimostrazione di emancipazione. Infatti Poste Italiane, dopo l'*Italia Turrita* ed i *Castelli d'Italia*, decise di dedicare proprio alle donne la serie ordinaria, ovvero quella più diffusa ed usata. Così dal 1998 sono stati emessi numerosi francobolli sul tema *La Donna nell'Arte*, una serie davvero molto bella, dove l'idea della figura femminile nell'arte italiana si ispira alla concezione di quelle donne che hanno segnato e segna-



Canova: scultura di Ebe

Dal 16 al 18
marzo si svolge
la rassegna
filatelica
MilanoFil

no indelebilmente l'arte nel nostro Paese e spesso momenti della nostra storia. L'avervi dedicato una serie ordinaria è stato un vero omaggio alla nostra tradizione artistica e all'ideale femminile che si perpetua e cresce nel tempo.

Infine nel mese di Marzo, dal 16 al 18, si terrà presso i padiglioni di Fiera Milano City la 20a edizione di MilanoFil (ingresso gratuito), la manifestazione filatelica organizzata annualmente dalla Divisione Filatelia di Poste Italiane e che negli anni ha acquistato una risonanza internazionale. La manifestazione si estende su 5.000 mq con oltre 100 operatori del settore presenti, nonché circa 20 Amministrazioni Postali estere. Contestualmente sono organizzate mostre filateliche con l'esposizione di collezioni di prestigio. Per l'occasione sarà attivato il servizio temporaneo dotato di annullo speciale della manifestazione e saranno posti in vendita vari francobolli tra cui i 4 dedicati rispettivamente alle regioni Trentino Alto Adige, Marche, Umbria e Sardegna oltre tutta la vasta gamma dei prodotti filatelici. •



a cura
dell'Avv. Pasquale Dui (*)

La Corte di Cassazione con la sentenza n. 834 del 16 gennaio scorso ha stabilito che non può essere interdetto dalle sue funzioni, in quanto “non agevola l’esercizio arbitrario della professione”, il dentista che tollera nel suo studio un odontotecnico che, di fatto, svolge le funzioni del medico.

L’Ordine di Venezia aveva interdetto dall’esercizio della professione un medico odontoiatra, poiché aveva tollerato che all’interno del suo studio un odontotecnico svolgesse, in concreto, la professione medica.



di aver solo sospettato dell’attività illecita, ha impugnato la decisione di fronte alla Commissione centrale che, però, ha respinto. Così ha adito la Cassazione e la vicenda si è capovolta.

Secondo i giudici della Suprema Corte si può affermare che l’art. 8 della Legge n. 175 del 1992 prevede un illecito disciplinare, la cui materialità è costituita dal prestare il proprio nome ovvero la propria attività, connotato dal dolo specifico di permettere o, in ogni caso, agevolare l’esercizio abusivo della professione.

In altre parole, se il medi-

co ha solo “previsto e temuto l’esercizio abusivo” senza fare nulla per impedirlo, non può essere ritenuto responsabile e neppure sospeso dall’esercizio della sua attività.

Si evidenzia anche un altro importante principio: le sanzioni disciplinari comminate agli iscritti agli ordini professionali necessitano del dolo specifico, ovvero lo scopo ulteriore che l’agente si deve prefiggere è quello di consentire o, in ogni caso, agevolare l’esercizio abusivo della professione.

Di conseguenza, secondo i giudici della terza sezione civile, la Commissione cen-

**Se il medico
ha solo
previsto
e temuto
l’esercizio
abusivo**

trale per le professioni sanitarie è caduta in errore. Pertanto, la causa dovrà tornare alla stessa Commissione che nel decidere se applicare oppure no la sanzione disciplinare al medico dovrà tenere conto di quanto affermato dalla Suprema Corte e soprattutto dovrà verificare se da parte del dentista vi era l’intento specifico di agevolare l’esercizio abusivo della professione da parte dell’odontotecnico. •

(*) del Foro di Milano



STRUTTURA ENPAM

Direttore Generale:

Dr. Alberto Volponi

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 Attività Statistiche, Attuariali e di Informazione

tel. 0648294657

fax 0648294623

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

RISCATTI tel. 0648294910

RICONGIUNZIONI tel. 0648294905

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. 0648294241 - 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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma

giornale@enpam.it

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Tel. 06 48294814 - Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

OTTIMIZZAZIONE

Claudia Furlanetto: Tel. 06 48294534

email: c.furlanetto@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldreghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513 - Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno: Tel. 06 48294890

email: archivio.giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - ablestock.com

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche

41100 Modena (MO) - v. Gran Bretagna, 50

tel: 059 312500 - fax: 059 312252

email: centralino@coptip.it

MENSILE - ANNO IX - N. 2 DEL 23/02/2007

Di questo numero sono
state tirate 420mila copie

ORGANI COLLEGIALI

CONSIGLIO

DI AMMINISTRAZIONE

Prof. Eolo PARODI (Presidente)

Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente
Vicario)

Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vi-
ce Presidente)

CONSIGLIERI: Dr. Alberto OLIVETI
· Dr. Giuseppe GRECO · Dr. Nunzio RO-
MEO · Dr. Arcangelo LACAGNINA · Prof.
Marco PERELLI ERCOLINI · Dr. Gerar-
do D'URZO · Dr. Eliano MARIOTTI · Dr.

Gian Mario SANTAMARIA · Dr. Bruno
DI LASCIO · Dr. Francesco LOSURDO ·

Prof. Aurelio GRASSO · Dr. Giuseppe
DEL BARONE · Dr. Benito MELEDAN-

DRI · Dr. Paolo ORIANA · Dr. Antonio SI-
LI SCAVALLI · Dr. Mario CARLETTI · Dr.

Giovanni DE SIMONE · Prof. Maurizio
DALLOCCIO · Geom. Carlo SFRISI · Dr.

Luigi PEPE · Dr. Alfonso CELENZA · Prof.
Salvatore SCIACCHITANO · Dr. Giusep-

pe GUARNIERI.

COMITATO ESECUTIVO

Prof. Eolo PARODI (Presidente)

Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente
Vicario)

Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vi-
ce Presidente)

CONSIGLIERI: Dr. Giuseppe DEL BA-
RONE · Dr. Arcangelo LACAGNINA

· Dr. Benito MELEDANDRI · Dr. Alber-
to OLIVETI · Dr. Paolo ORIANA.

COLLEGIO SINDACALE

Dr. Ugo Venanzio GASPARI (Presidente)

Dr.ssa Antonella DI MODUGNO

(Presidente Supplente)

SINDACI: Dr. Vittorio CERRACCHIO

· Dr. Francesco VINCI · Dr. Francesco

NOCE · Dr.ssa Caterina PIZZUTELLI ·

Dr.ssa Anna Maria PAGLIONE · Dr.

Bruno DI IORIO · Dr. Giancarlo MARI-

NANGELI · Dr. Marco GIONCADA.



Il vostro giornale on line

www.enpam.it

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA:

- visualizzazione on line di tutti gli articoli
- news in primo piano
- notizie di particolare interesse scientifico
- archivio numeri precedenti



E.N.P.A.M.

Al servizio degli iscritti



E.N.P.A.M.

**ENTE NAZIONALE
DI PREVIDENZA
ED ASSISTENZA
DEI MEDICI
E DEGLI ODONTOIATRI**

