

IL GIORNALE DELLA

Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

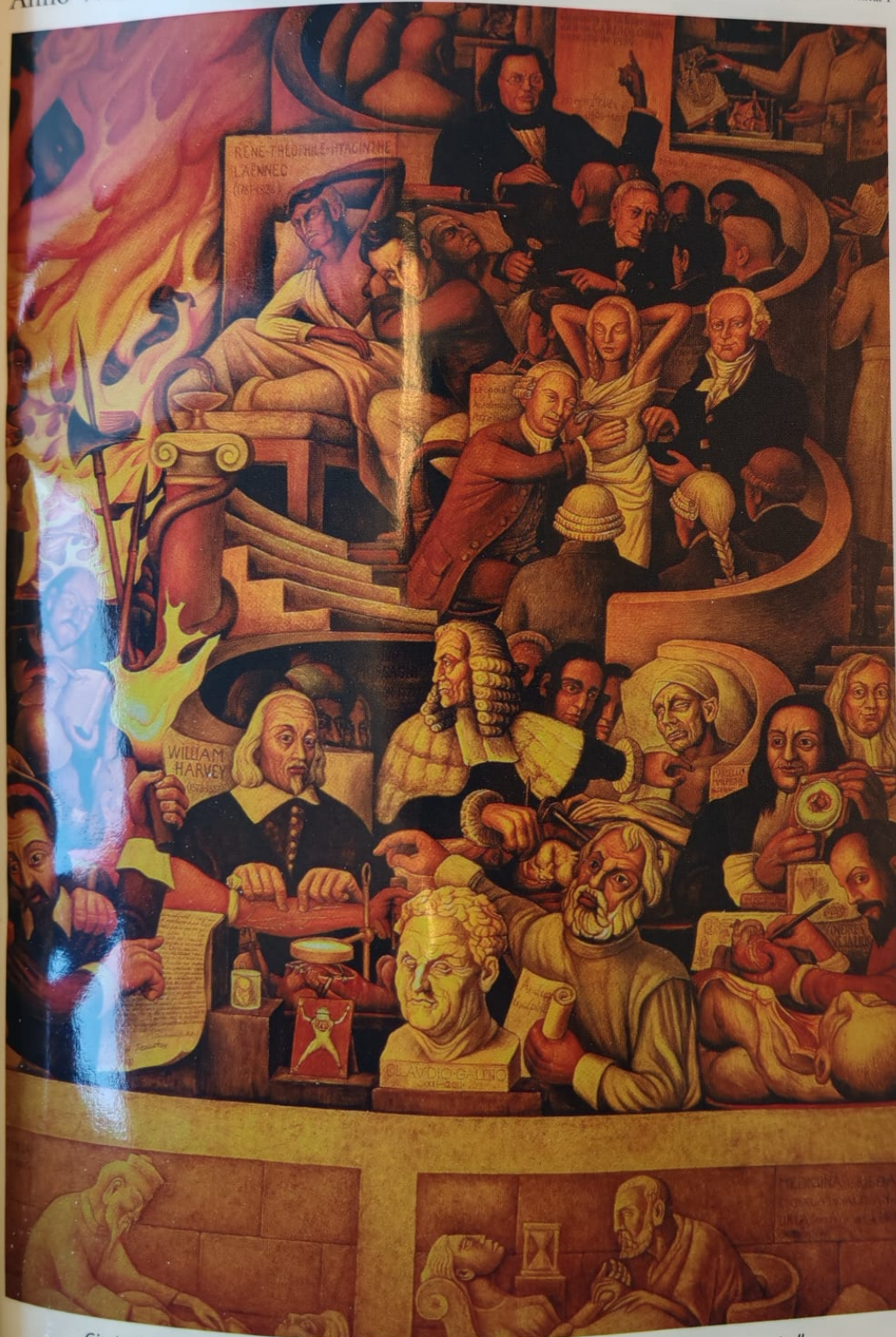
Anno VIII - n° 3-2006

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

Fondato da Eolo Parodi

ENPAM

www.enpam.it



PARODI
UN PROGRAMMA
PER CINQUE
ANNI

p. **6**

ENPAM
PERCHÉ
USCIAMO
DALL'ADEPP

p. **14**

SOLIDARIETÀ
UN PROGETTO
DELLE MOGLI
DEI MEDICI

p. **31**

ASSICURAZIONE
IL TESTO
DELLA POLIZZA
SANITARIA

p. **67**

Città del Messico. Il celebre murale di Diego Rivera "Storia della cardiologia"

Entro il 31 maggio l'invio degli elaborati

PREMIO LETTERARIO PER I MEDICI

Pubblichiamo il bando del XXVII Premio letterario nazionale per i medici indetto dalla "Lega Italiana per la lotta contro i tumori" in collaborazione con l'Associazione medici scrittori italiani

La Lega contro i tumori, sezione di Parma, indice per il 2006 la XXVII edizione del premio Letterario Nazionale di narrativa aperto a tutti i medici che si svolgerà in autunno.

I racconti dovranno tassativamente contemplare, sia pure nell'ambito della più ampia libertà creativa ed interpretativa, la tematica inerente ad una situazione di carattere neoplastico; non dovranno esprimere tanto passaggi medico-tecnici quanto suscitare attraverso l'originalità, il contenuto dei pensieri, l'espressione letteraria e le immagini, stati d'animo per un coinvolgimento alla lotta contro i tumori.

Al 1° classificato verrà assegnato un premio di euro 1.000,00 al 2° di euro 500,00 e al 3° di euro 250,00. I premi dovranno essere ritirati personalmente, altrimenti l'importo sarà devoluto alle opere benefiche della L.I.L.T.

Gli attestati potranno essere ritirati da persona delegata o spediti con spese a carico del destinatario.

I nomi dei componenti la Giuria verranno comunicati al momento della premiazione. Gli elaborati non dovranno superare le otto facciate, spazio due e dovranno risultare inediti e mai premiati in altri concorsi, corredati dalle generalità dell'autore, indirizzo e numero di telefono.

Gli scritti che non rispondessero integralmente ai suddetti requisiti saranno cestinati. La quota di partecipazione è di euro 35,00 da versare con assegno o vaglia postale intestato a: Lega contro i tumori, sezione di Parma e dà diritto a partecipare personalmente e gratuitamente alla cena nella stessa serata.

Le opere concorrenti, in numero di 10 copie, dovranno essere inviate alla Lega contro i tumori, sezione di Parma, via Gramsci, 14 - 43100 Parma, entro e non oltre il 31 maggio 2006 (della data di spedizione farà fede il timbro postale).

Luogo e data della premiazione verranno comunicati successivamente a mezzo raccomandata a tutti i partecipanti.

Per informazioni, la segreteria è aperta tutti i giorni dalle 8,30 alle 12,30 tranne il sabato - Tel. 0521/988886 - 702243 Fax 0521/988886 e.mail: parma@lilt.it

< Pubblicità >



GINO
SE CONTINUI CON
TUTTI QUESTI ECCESSI
NON ARRIVERAI
ALLA PENSIONE...



MI DISPIACE
MOLTISSIMO
NON DIVENTARE
UN VECCHIETTO
STIZZOSO E
DEPRESSO



< Pubblicità >

Numero 3/2006

IL GIORNALE DELLA Previdenza

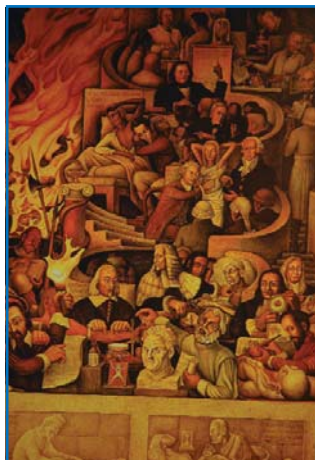
dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

6-8	Eolo Parodi: il programma di legislatura
9	Inviato il CUD 2006
10-11	L'Enpam salvadanaio troppo esposto
12-13	Laureati in Odontoiatria
14-16	Perché l'Enpam esce dall'AdEPP
18-19	L'intervista/1: Vita da odontoiatra
20-21	L'intervista/2: Ecco la pelle artificiale
22	Pensioni sempre più povere
23	Rumore: le bottiglie del terrore
26-27	Medici illustri: Cavalli-Sforza
28	Parliamo di noi
31	Solidarietà: progetto delle mogli dei medici
32-33	Le missioni del "Bambino Gesù"
34	Mostre ed esposizioni in Italia
35	Storie e Arte: Rinascimento scientifico
36-37	L'anatomia tra scienza e arte
38	Notizie
40-41	Viaggi: il Perù
43	Breve storia dell'etere solforico
44-45	Recensioni libri
47-55	Congressi, convegni, corsi
56	In-Editoria
58	Le erbe
59	I fiori
62	Salute: annullabilità del matrimonio
64-65	Vita degli Ordini
66	"Noi italiani e... i liguri"
67-74	Polizza Sanitaria
75	Accadde a... Aprile
76-77	Lettere al Presidente
78	L'Avvocato
79	Spulciando qua e là
80	"Passaporto Sanitario"

SOMMARIO

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



Diego Rivera tra il 1943 e il 1944 dipinse il murale (la cui foto riportiamo in copertina) presso l'Istituto di Cardiologia di Città del Messico. Vi sono ritratti i personaggi più importanti della cardiologia mondiale. Dal basso verso l'alto sono riconoscibili: Andreas Vesalio, Miguel Serveto, Andrea Cesalpino, William Harvey, Marcello Malpighi, Leopold Hauenbrugger, René Laennec, Aschoff e Tawara. Nato a Guanajuato nel 1886, Rivera morì a Città del Messico nel 1957. Insofferente al tradizionalismo accademico, viaggiò molto in Europa: a Londra lesse Marx, a Parigi conobbe Picasso e altri pittori di avanguardia. Ma fu in Italia che ebbe il colpo di fulmine. A Padova, infatti, rimase estasiato di fronte agli affreschi di Giotto. maturò così la sua vocazione di pittore di murales e di propagatore di un messaggio nazionale e sociale. Dal 1922, al suo rientro in Messico non concepì più un'arte che non avesse un'ispirazione politica-sociale. Nelle sue opere, la rivoluzione messicana trovò uno dei più efficaci messaggi propagandistici. Molte le decorazioni murales in Messico, negli Stati Uniti a San Francisco, Detroit, New York. Fu anche apprezzato pittore di nature morte, paesaggi, ma soprattutto di ritratti. La sua arte venne fatta conoscere anche in Italia attraverso diciassette opere esposte nel Padiglione messicano della Biennale del 1950 che nella sua successiva edizione, nel 1952, espose ancora quattro dipinti di Diego Rivera.



Il vice presidente vicario Mario Falconi, il presidente Eolo Parodi, il vice presidente Giampiero Malagnino

Eolo Parodi è Presidente dell'Enpam ma è anche, per chi non lo sapesse, un giornalista iscritto all'Albo. Quando parla, ma soprattutto quando scrive, è personaggio che pesa le parole (poche

Cinque anni per

Il Presidente Parodi in questa intervista illustra il programma di legislatura. Un piano che parte dagli ottimi risultati registrati dagli ultimi bilanci

Presidente, programma di legislatura va benissimo, vogliamo però fare un po' il punto della situazione che l'Enpam sta vivendo?

Dobbiamo, anzitutto, contribuire, insieme ai più fedeli collaboratori, a consolidare il patto tra generazioni che sta alla base dell'impostazione solidaristica della nostra Fondazione, tenendo ben presente, spero d'essere compreso, la necessità di mantenere la proporzionalità tra il sacrifico contributivo richiesto a tutti gli iscritti ed il suo controvalore in termini di prestazioni.

Ancora sacrifici?

Non mi stanco di ripetere durante le mie peregrinazioni nelle sedi degli Ordini Provinciali, che bisogna mantenere l'equità del sistema per i giovani e i futuri contribuenti.

In che modo? I medici quan-

do sentono parlare di "contribuzioni" cominciano a storcere la bocca...

Bisogna che noi poniamo una maggiore attenzione – e una certa passione – nel comunicare il concetto di "obbligo contributivo" che supporta la gestione finanziaria a ripartizione dei Fondi, ponendo maggior enfasi alla convenienza finanziaria – anche comparativa – per gli iscritti, mettendo l'accento su i vari vantaggi della solidarietà. Cerchiamo di capirci: una rete di garanzia non limitata al periodo post lavorativo, bensì estesa anche al periodo lavorativo: proprio da qui scaturisce la contribuzione all'Enpam, garanzia di stabilità delle gestioni.

Secondo lei i giovani medici si lasceranno coinvolgere in questa visione solidale?

Spero di sì. Comunque continueremo a spiegarci, a comunicare con loro, mostrandoci

disponibili a fornire servizi utili alla categoria, promuovendo in tutti gli iscritti la cultura della corretta e tempestiva analisi dei propri bisogni.

Un compito mica tanto facile. Non le pare?

Certo. D'altra parte se non ci fossero difficoltà non mi impegnerei nemmeno, e come me farebbero i due vice presidenti, Mario Falconi, vicario, e Giampiero Malagnino, e il Consiglio d'Amministrazione che mi fiancheggia, come un sol uomo, in tutte le iniziative.

Ha nulla in contrario se affrontiamo un po' più pesantemente argomenti a lungo dibattuti e spinosi come quelli, in prospettiva, dell'instabilità dei Fondi e del costante e progressivo aumento dell'aspettativa di vita della popolazione, dovuto anche alla professionalità dei medici?

e incisive), che rifugge dai suadenti richiami pseudo intellettuali, dalle citazioni dotte per affrontare, a muso duro, la realtà che sta vivendo, cercando di comprenderla, di affrontarla, di spiegarsela e, nello stesso tempo, di spiegarla ai medici. Confermato lo scorso anno, ancora una volta con maggioranza schiacciante, alla guida della nostra Fondazione, ha voluto, come prima azione della nuova legislatura 2005-2010, presentare ai medici e agli odontoiatri italiani (circa 400 mi-

la), un programma di legislatura: un programma che deve partire, anzitutto, da una rivisitazione dello Statuto e dei regolamenti per riattivare i poteri e consentire maggior rapidità alle decisioni dell'Ente, ricorrendo anche ad una vera e propria "struttura" d'appoggio per rendere più efficaci e comprensibili le scelte strategiche. Parodi, in definitiva, vuole aumentare quanto più possibile le garanzie previdenziali per i colleghi. Vediamo come.

G. CRIS.

rilanciare l'Enpam

Certo, merito soprattutto della moderna medicina e dei colleghi che, nonostante la vitagrama che sono costretti a condurre, studiano e s'impegnano sempre di più per il progresso. Ma ritorniamo ai Fondi. Citerò brevemente alcune linee di operatività che enumero:

- necessità di una visione dinamica dei Fondi gestiti con frequenti bilanci tecnico attuariali;
- attento monitoraggio dei flussi contributivi dei Fondi. Si potrebbero studiare forme di compartecipazione del rischio dell'investimento che stabilizzerebbero le gestioni come, per esempio, una seconda linea a capitalizzazioni;

- per i Fondi degli specialisti esterni o dell'accreditamento, assicurarsi la corretta gestione del 2% derivante dalle società di capitale; per il Fondo dei medici di medicina generale impostare l'aumento automatico dello 0,5% dei contributi convenzionali; impostare un programma Donne medico.

Posso aggiungere, come ho detto prima, un programma per i giovani e lo studio di soluzioni praticabili dall'Enpam per la Previdenza complementare ed integrativa.

Lei parla spesso di "struttura" vuole spiegare?

C'è necessità di una struttura autorevole, forte, competente, con la piena valorizzazione delle professionalità. È evidente, vorrei che si capisse, che non si parte dall'anno zero, c'è un processo evolutivo che va accelerato.

Presidente, che ne dice se parlassimo un po' del patrimonio dell'Enpam che grazie a Lei, ha subito una significativa trasformazione qualitativa?

Una fotografia dei beni immobiliari alla fine del 2004 ha evidenziato un grosso valore complessivo in bilancio (se ne occupa, fornendo alcune cifre, nelle pagine seguenti il consigliere Alberto Olivetti n.d.r.). Possediamo: abitazioni, uffici, unità commerciali, negozi, magazzini, locali destinati alla grande distribuzione, esposizione e vendita, alberghi a destinazione congressuale, termale e turistica come residences e villaggi, cinema e teatri in quasi tutte le città italiane - una "carti-

na geografica" molto complessa che richiede, sempre, massima attenzione.

Può fare qualche accenno all'anno di costruzione di questi immobili?

La maggior parte negli anni '70 e '80. Perciò, di fronte a questo dato, il nostro patrimonio per il 45% ha oggi più di 35 anni. Un dato importante per le future scelte strategiche. Va sottolineata a questo punto la necessità di redigere un nuovo elenco di immobili da dismettere. Bisogna individuare con estrema attenzione quei complessi che hanno necessità di lavori straordinari considerevoli che offrono un reddito addirittura negativo spesso gravato dalla morosità degli inquilini. Sia ben chiaro la Fondazione agirà nella difesa dei giusti interessi, realizzando i maggiori ricavi possibili, con grande attenzione per gli inquilini, per evitare attività speculative nei loro interessi.

Riassumendo?

Ripristinare il decoro e il presti-

(segue a pag. 8)

(segue da pag. 7)

gio dei nostri beni, con i conseguenti riscontri patrimoniali; ripristinare l'appetibilità del mercato su ciò che possediamo e quindi favorire la capacità reddituale dello stesso. Andranno, comunque, fatti ulteriori investimenti per la riqualificazione del patrimonio, mantenendo un sostanziale equilibrio tra valore mobiliare e immobiliare.

Parliamo allora un po' del mobiliare. Insomma, parliamo di soldi; parola che, essendo Lei genovese, certamente non la spaventa.

Nel comparto mobiliare, l'Enpam ha ottenuto risultati straordinari pur essendo "partita" all'attacco soltanto in questi ultimi anni. Vorrei ricordare ai medici e agli odontoiatri italiani alcuni traguardi già raggiunti: le risorse trasferite nel mercato mobiliare hanno superato i due miliardi di euro; in pochi anni l'Enpam ha creato a vari livelli gerarchici, una équipe di specialisti. Anche a questi nostri dipendenti va il merito se l'Ente non ha mai subito danni in seguito agli scandali finanziari italiani e stranieri che hanno coinvolto il nostro Paese al punto che, posso affermarlo con tranquillità, il valore di bilancio attuale del portafoglio di investimenti immobiliari della nostra Fondazione ha un valore di mercato superiore a quanto contabilmente rilevato.

L'Enpam, al proposito, ha ricevuto premi e riconoscimenti internazionali?

Sì, il prestigioso IPE AWARD nel 2004 per il miglior Fondo di pensione italiano.

Come si concretizzano le decisioni di investimento?

C'è la Commissione investimenti mobiliari che si riunisce periodicamente in base alle ri-

sorse da investire e prende le giuste decisioni, naturalmente con l'accordo del Consiglio di Amministrazione. C'è anche un consulente esterno, la Mangusta Risk, che effettua un puntuale monitoraggio delle varie situazioni. La Commissione investimenti mobiliari, voglio precisarlo a scanso di equivoci, prende decisioni esclusivamente in relazione a classi di investimento su delega del Consiglio di Amministrazione, ma ogni decisione che riguarda investimenti strategici, classi di investimento innovativo o con gradi di rischio, sono assoggettati al giudizio del Consiglio di Amministrazione.

Obiettivi e strategie della gestione mobiliare?

Proseguire il percorso di collocazione e di diversificazione aggiungendo classi o sottoclassi di investimento. Per meglio comprendere la logica della diversificazione porto ad esempio la classe degli investimenti alternativi che dovrebbe essere costituita da investimenti altamente diversificati quali ad esempio i fondi di private equity, i fondi hedge, i fondi di fondi hedge, le commodities, l'energia, gli investimenti in volatilità. Anche la classe obbligatoria legata all'inflazione sarà a sua volta diversificata in emissioni governative e comparate, diversificate a loro volta per durata, scadenza e così via.

C'è qualcosa d'altro nelle proiezioni future?

Avendo raggiunto risultati così consistenti gli investimenti possono indirizzarsi verso prodotti molteplici, animati da finalità più diverse, ottenendo risultati positivi in termini di diversificazione del rischio complessivo.

Ottimizzazione è parola moderna, portafoglio si perde nella notte dei tempi. Vuole accennare che cosa si intende per ottimizzazione del portafoglio?

L'ottimizzazione deve riguardare mercato, settore, emittente, rating, valuta, durata, scadenza, tipologia di titolo, eccetera. È necessaria una selezione dei gestori specializzati, le gestioni dirette di alcuni comparti inflazione, commodities, volatilità e altri ed altri punti importanti come la selezione di un global custodian.

Sono risultati che, nel tempo, si devono trasmettere agli iscritti?

Qui entriamo nel campo che, forse, più mi sta a cuore. Dobbiamo centralizzare e coordinare l'intera attività di comunicazione e informazione essenziale per la Fondazione. Chiarendo, anzitutto, l'equivoco tra comunicazione e informazione i cui concetti, inesorabilmente si intrecciano. L'informazione è una risorsa primaria. Stiamo studiando attentamente nuove strategie.

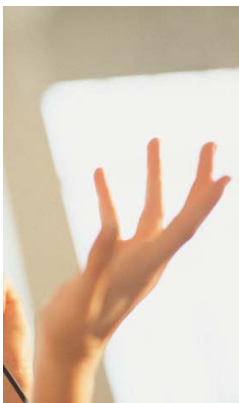
Presidente, lei è alla guida dell'Enpam dal 1993, ne ha passate di tutti i colori, ha dovuto cancellare un passato burrascoso. Come vede il futuro?

Buono se tra i medici ci sarà coesione; se si riuscirà a superare i piccoli interessi di bottega per rilanciare l'"idea Enpam". Il nostro Ente è il futuro, e nel futuro ci saranno sempre i medici nella buona e nella cattiva sorte e poi abbiamo uno staff dirigente e dei dipendenti di alto valore professionale e morale. Perciò ho fiducia di poter raggiungere gli obiettivi che ci siamo posti con questo programma di legislatura. ■

Cud 2006: il modulo fiscale per la denuncia dei redditi

Dichiarazioni dei redditi: primo atto. La Fondazione ha provveduto ad inviare, nei termini di legge, il Modello Cud 2006, che rappresenta la certificazione dei redditi da pensione percepiti nell'anno 2005, cioè in sostanza quello che una volta si chiamava Modello 101.

A partire da lunedì 3 aprile sarà attiva presso l'Enpam un'apposita linea dedicata alla richiesta dei duplicati del Cud, in caso di disguido postale o smarrimento: operatori



qualificati risponderanno alle esigenze degli iscritti ed invieranno il duplicato entro le successive 48 ore lavorative.

Il numero da comporre è: **06.48.294.850.**

Partirà quindi il conto alla rovescia per la presentazione delle denunce dei redditi prodotti nell'anno 2005. Il Modello 730 dovrà essere presentato entro il 2 maggio 2006 nel caso in cui l'assistenza fiscale venga richiesta ad un sostituto d'imposta; nel caso, molto più frequente, che il contribuente scelga di servirsi di un Centro di Assistenza Fiscale oppure (per la prima volta quest'anno) di un professionista abilitato, il termine scade il **15 giugno 2006.** ■

Attenti al “politicamente scorretto”

L'Enpam è un salvadanaio troppo, troppo esposto

Un'accumulazione di capitali nel desolante panorama dei conti in rosso della previdenza pubblica potrebbe costituire un “richiamo” pericoloso. Perché non si elimina l'iniqua doppia tassazione cui sono sottoposte le Casse?

di **Alberto Oliveti** (*)

Un dato certo è che da quando l'Enpam è diventata una Fondazione privatizzata, abbiamo più che raddoppiato il nostro Patrimonio, passato dai 2,5 miliardi di Euro del 1993 agli attuali 5,6 (ultimo bilancio consuntivo 2004), pur contabilizzando l'immobiliare al valore storico.

Valutando anche la redditività lorda del patrimonio immobiliare - più del 5%, che solo a cau-

Insomma una prova accettabile di buona capacità di gestione.

È noto come le Casse di previdenza privatizzate siano soggette a diversi sistemi di controllo ministeriale sulle gestioni tecniche dato che compete allo Stato il dovere di assicurare ai lavoratori il diritto costituzionale alla pensione.

Un certo grado di perplessità giuridica continua a suscitare in tal senso l'affermazione che in caso di dissesto della Cassa, non vi possa essere alcun intervento statale per garantire tale diritto.

In ogni caso rimane immutata la pesante responsabilità dei gestori dell'Ente in tema di tenuta prospettica del sistema alle prese con il problema demografico e finanziario dei nostri tempi.

Anzi, dato che i bilanci della Fondazione sono redatti secondo una impostazione di natura civilistica, riteniamo che anche il controllo dovrebbe mutuare quella logica.

Perché queste precisazioni?

È vero che a pensar male si fa peccato, ma non si riesce a non temere per questo salvadanaio troppo, troppo esposto....



Il dott. Alberto Oliveti

**Buona
capacità
di gestione**

sa degli oneri fiscali IRPEG ed ICI si riduce al 3% - e quella del mobiliare che si assesta tra il 3% ed il 4% netto, abbiamo indubbiamente una fotografia della capacità di gestione del nostro Ente, che pur se orientata al miglioramento continuo, si staglia impietosamente contro il dato della scarsa redditività del patrimonio pubblico previdenziale evidenziata dall'ultima relazione della Corte dei Conti.

Conti alla mano, la buona capacità di gestione finanziaria dei contributi degli iscritti può tranquillizzare chi è deputato alla vigilanza del corretto perseguimento della finalità pubblica della nostra Fondazione.

Possiamo con orgoglio asserire che il controllo pubblico cui l'Enpam è abbondantemente sottoposto non necessita di ulteriori rafforzamenti.

**Pesante
responsabilità
delle Casse**

Una eccessiva accumulazione di capitali nel panorama desolante dei conti in rosso della previdenza pubblica indubbiamente può costituire un vistoso richiamo e, nella speranza di essere costantemente smentito, anche una forte tentazione di bypassare con un prelievo forzoso il lungo e travagliato iter di sacrifici generazionali e perdita di consenso politico necessario per ritrovare equilibrio ed equità in-

La nostra Fondazione ha fornito, conti alla mano, ampia prova di come si gestisce un importante Ente di previdenza orientato al continuo miglioramento

tergenerazionale nelle gestioni pubbliche.

L'attuale impostazione ministeriale di valutare la tenuta dei sistemi previdenziali in un arco temporale di 40 anni, a fronte degli attuali 15 di legge, oltre che sfiorare l'ambito di competenza proprio delle tecniche di vaticinazione, comporta dei notevoli problemi applicativi pratici per quelle gestioni che hanno impostato le proprie dinamiche e le proprie verifiche su archi temporali più brevi.

Equità tra generazioni e solidarietà di sistema

Sarebbe paradossale che un provvedimento imposto dal governo per limitare il rischio di insolenza delle gestioni previdenziali in crisi, ed assolutamente non praticato ed inapplicabile nelle gestioni pubbliche in sofferenza cronica, diventi in realtà un pesante condizionatore dell'autonomia politica di gestioni privatizzate che in quanto tali sono per norma istitutiva finanziariamente abbandonate dallo Stato in caso di dissesto.

Se si volessero semplicemente aiutare le Casse nel loro percorso di autonomia responsabile, perché non si elimina la iniqua doppia tassazione cui sono sottoposte - collettiva in fase di capitalizzazione dei contributi e poi individuale sulle pensioni - adottando quella soluzione promessa più volte e nota sotto la sigla EET, cioè l'esenzione fiscale della contribuzione e della capitalizzazione con tassazione solo delle pensioni secondo aliquota individuale progressiva?

Perché non aumentare l'incensivazione fiscale della Previden-

za Complementare, che nasce nella logica di una rendita integrativa individuale alla pensione di base, libera dai vincoli di solidarietà propri del primo pilastro e scevra del rischio di riassorbimento forzoso nella gestione pubblica?

Il vento di liberalizzazione e di abolizione degli Ordini professionali che spira dall'Europa Comunitaria e che pare trovare vasto e paritario riscontro negli schieramenti politici nazionali in questa fase di proclami e di programmi configura un autentico rischio per la tenuta dei Fondi gestiti dall'Enpam.

Parlare di eliminazione del valore legale della Laurea e delle tariffe minime, di abolizione degli Albi, di incentivo allo sviluppo delle società professionali di capitali, di revisione dei codici deontologici perché limitativi della concorrenza, può preludere alla crisi dell'atto professionale medico come prestazione unica, irripetibile, non predeterminabile e configura il passaggio dallo status di professionisti a quello di imprenditori in nome di regole di mercato ed a discapito di quelle professionali.

Una deregulation ideologicamente antiprofessionale che, in nome di una facilitazione del consumatore tutta da verificare sia in termini di salute che di spesa, potrebbe mandare in crisi con lo status di professionista anche l'attuale modello di welfare sociale e con esso l'impostazione previdenziale della Fondazione basata su solidarietà ed equità generazionale.

E dubito che i giovani sarebbero professionalmente facilitati in un panorama sanitario liberalizzato inevitabilmente preda di grandi gruppi bancari, industriali ed assicurativi interessati in nome del profitto a comprimere il prezzo dei servizi professionali.

Il problema giovani esiste: in previdenza l'enorme aumento dell'aspettativa di vita ha spiazzato tutti, pubblici e privati, nessuno escluso, per cui ci sono troppe annualità imprevedibili di pensioni da pagare che ricadono sulla capacità contributiva delle future generazioni.

Saranno chiamate ad un differimento reddituale importante in nome della tenuta del sistema e va garantita loro la proporzionalità tra tal sacrificio e la prestazione finale, pena la tenuta della catena generazionale.

Perché la promessa storica sbalata su cui si basa l'equilibrio delle gestioni previdenziali impone scelte rigorose e tempestive che da un lato garantiscano la sostenibilità, ma che al tempo stesso non inficino l'equità tra generazioni e la solidarietà di sistema.

Un approccio parametrico potrà bastare? Ossia sarà sufficiente intervenire sulle leve classiche dei contributi, delle prestazioni e del rapporto attivi/pensionati? Terrà il sistema dei diritti acquisiti? Qual è il confine economico della legittima aspettativa individuale?

Problemi seri le cui soluzioni praticabili vanno studiate con tempestività, rigore e condivisione da parte di tutte le rappresentanze dei contribuenti.

In ogni caso è prioritario promuovere la crescita delle professioni, anche se i neo istituendi Albi sanitari ci potrebbero portare via qualcosa in termini di flussi contributivi.

Il patto generazionale per la sostenibilità, l'equità, e la solidarietà va difeso e comunicato bene, ma nell'agire dobbiamo stare attenti alle Sirene, cioè alle false illusioni, presenti sia nella sfera pubblica che nel mercato.■

(*) *Consigliere di Amministrazione Enpam*

Risolto un problema che si trascinava da anni

Approvata dai ministeri la delibera dell'Enpam per laureati in odontoiatria

Riguarda i contributi versati al Fondo degli specialisti ambulatoriali e quello degli specialisti esterni prima del 1 gennaio 1995

di Ernesto del Sordo (*)

Con nota n. 24/IX/0011421 del 21 novembre scorso, il ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, d'intesa con il ministero dell'Economia e delle Finanze, ha approvato la delibera della nostra Fondazione n. 20/2005, riguardante la contribuzione versata a favore dei laureati in odontoiatria, presso il Fondo Specialisti ambulatoriali ed il Fondo Specialisti esterni, prima del 1° gennaio 1995.

È stato finalmente condotto a soluzione, con piena soddisfazione dell'Ente e dei professionisti interessati, un problema che si trascinava già da diversi anni.

Com'è noto, l'iscrizione alla Fondazione Enpam dei laureati in odontoiatria è stata prevista dallo Statuto dell'Ente soltanto a partire dal 1° gennaio 1995. Prima di tale data i professionisti, ancorché iscritti agli ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri in forza della legge 24 luglio 1985, n. 409, istitutiva della professione di odontoiatra, non erano provvisti di tutela previdenziale Enpam. In effetti, soltan-

to con il ruolo 1995 è stata introdotta la contribuzione minima obbligatoria alla "Quota A" del Fondo di previdenza generale dell'Enpam; dallo stesso anno, i laureati in odontoiatria sono stati ammessi alla contribuzione al Fondo della libera professione ("Quota B" del Fondo di previdenza generale).

Tuttavia, in seguito all'entrata in vigore della citata legge n. 409/85, le Aziende del Servizio sanitario nazionale avevano già cominciato a stipulare, anche con i

stati versati contributi presso i Fondi Speciali anche per i periodi compresi fra il 1985 ed il 1994.

In alcuni casi, tali versamenti, attesa l'incertezza dell'obbligo contributivo, sono stati restituiti alle AASSLL che ne hanno fatto richiesta.

Non tutte le aziende sanitarie, tuttavia, hanno provveduto a chiedere la restituzione di quanto versato. La maggior parte di

**Contribuzione
minima
volontaria**

**Attività
svolta
in convenzione**

laureati in odontoiatria, convenzioni analoghe a quelle in essere con i medici specialisti ambulatoriali e con i medici specialisti esterni. Tali convenzioni erano regolate dagli Accordi collettivi nazionali che si riferivano esclusivamente ai medici chirurghi, ma le AASSLL hanno applicato estensivamente le norme relative alla copertura previdenziale obbligatoria versando all'Enpam i contributi anche per l'attività svolta in convenzione dai laureati in odontoiatria. Ciò ha comportato che a favore di questi professionisti, pur non essendo gli stessi ancora formalmente iscritti all'Enpam, siano

esse, al contrario, su pressante richiesta dei professionisti – interessati alla costituzione di una posizione previdenziale sin dall'inizio dell'attività svolta per conto del Servizio sanitario nazionale – non ha trasmesso all'Ente alcuna comunicazione in proposito.

L'interesse, da parte dei laureati in odontoiatria, al consolidamento delle posizioni contributive è andato nel corso del tempo aumentando; in taluni casi è stata interessata l'Autorità giudiziaria che ha riconosciuto il diritto alla convalida delle posizioni medesime.

La Fondazione, perciò, in accor-

do con la categoria interessata, ha adottato un provvedimento di sanatoria, determinando quanto segue.

Innanzitutto, sono considerati *validi a tutti gli effetti previdenziali* (diritto e misura della pensione) *i contributi ante 1995 che non siano stati oggetto di restituzione alle AASSLL.*

Tutti i periodi di contribuzione precedenti al 1° gennaio 1995, *anche se i contributi sono stati restituiti alle AASSLL, sono comunque validi per raggiungere*

Non valide le domande presentate in assenza dei requisiti

il requisito dei 10 anni di anzianità contributiva necessario per presentare le domande di riscatto (laurea, servizio militare o civile sostitutivo, periodi di attività precontributiva, ecc.). Gli interessati possono, quindi, valersi di quei periodi per ridurre i costi dell'operazione di riscatto, che, com'è noto, di norma ha un onere crescente con il passare del tempo (dato il progressivo aumento dei compensi professionali e dei coefficienti per il calcolo, legati all'età ed all'anzianità contributiva).

Come già accaduto in passato per i laureati in odontoiatria iscritti al Fondo della libera professione, è stata introdotta anche per la fattispecie di cui trattasi una **norma transitoria** in base alla quale *le domande di riscatto presentate entro 6 mesi dall'approvazione ministeriale, e quindi entro e non oltre il 22 maggio 2006, saranno convenzionalmente considerate come prodotte il 1° gennaio dell'anno successivo a quello di conseguimento dei requisiti.*

In tal modo, la posizione dei laureati in odontoiatria, ai fini

dell'accesso ai riscatti, viene sostanzialmente equiparata a quella dei medici chirurghi, i quali hanno avuto regolarmente accreditata la contribuzione previdenziale anche anteriormente al 1° gennaio 1995 ed hanno, quindi, potuto presentare domanda di riscatto immediatamente dopo aver maturato 10 anni di attività effettuata per conto del Servizio sanitario nazionale.

È stata, inoltre, riconosciuta la possibilità, per gli odontoiatri in possesso dei requisiti prescritti, di presentare domanda di riscatto, sia per il diritto sia per la misura delle prestazioni, anche dei periodi contributivi per i quali sia eventualmente intervenuta la restituzione dei contributi alle AASSLL.

Che possono fare gli interessati?

Atteso che la delibera n. 20/2005 dispiega i propri effetti a decorrere dal 21 novembre 2005, gli iscritti, se in possesso di 10 anni di anzianità contributiva, calcolati considerando anche i versamenti ante 1995, possono fin d'ora presentare domanda di riscatto utilizzando gli appositi moduli (scaricabili dal sito della Fondazione), distinti a seconda che il professionista sia iscritto al Fondo Specialisti ambulatoriali ovvero al Fondo Specialisti esterni. Le domande non sono impegnative e, ove prodotte **entro il 22 maggio 2006**, beneficeranno di un calcolo dell'onere particolarmente favorevole, ai sensi della norma transitoria introdotta con la citata delibera. Se poi i contributi sono stati oggetto di restituzione è opportuno, per i medesimi motivi, chiedere, con gli stessi moduli, anche il riscatto dei periodi restituiti.

Va precisato che non sono valide le domande eventualmente presentate in assenza dei requisiti prima del 21 novembre scorso; pertanto quanti le avessero già prodotte in passato sono tenuti a ripresentarle servendosi dei moduli appositi.

Come previsto per tutti gli iscritti

ai Fondi Enpam, **soltanto dopo aver presentato la domanda di riscatto**, anche questa categoria di odontoiatri potrà versare un acconto per poter fruire del beneficio della totale deducibilità dall'imponibile fiscale.

Il pagamento dovrà avvenire tramite bonifico bancario sul conto corrente n. 000017500X50 intestato alla Fondazione presso la Banca popolare di Sondrio (Coordinate: CIN K; CAB 03200; ABI 05696).

Nella causale dovranno essere specificati: il codice Enpam dell'iscritto, la tipologia del riscatto e l'indicazione del Fondo di appartenenza. Per la tempestiva rendicontazione da parte dei competenti uffici della Fondazione, dovrà essere trasmessa copia della ricevuta del bonifico via fax al numero 06 48 294 725.

Gli Uffici restano ovviamente a disposizione per ogni ulteriore chiarimento in materia. ■

(*) Vice Direttore
Generale Enpam



Una decisione sofferta ampiamente giustificata

Perché l'Enpam esce dall'AdEPP

Eolo Parodi: "Vogliamo partecipare a un organismo con una decisa valenza democratica basata sulla proporzionalità, ma soprattutto creare un soggetto politico che sia in grado di difendere gli interessi previdenziali dei professionisti"

Leggendo i giornali, a qualche medico potrebbe non essere sfuggito che il Consiglio di Amministrazione della Fondazione Enpam, lo scorso 15 settembre 2005, ha deciso di recedere dalla propria partecipazione all'AdEPP. Le ragioni di questa scelta, ampiamente illustrate alla stampa, vanno ricercate in un progressivo snaturamento dell'Associazione, nonché nella perdita di ruolo e di funzione rispetto alle finalità originariamente fissate nel suo Statuto. Valutazio-

ni fatte in maniera pacata e propositiva, tanto che la nostra Fondazione, nella medesima occasione non mancò di gettare i semi di un adeguato processo di ricostituzione delle condizioni di esistenza di una forte associazione delle Casse di Previdenza. Per ragioni di chiarezza con i colleghi che hanno problemi a seguire queste riflessioni, che riguardano essenzialmente il modo in cui il management politico e gestionale dell'Enpam interagisce con analoghe strutture previdenziali privatizzate, cerchiamo di chiarire, con l'aiuto del

nostro presidente Eolo Parodi, cosa indichi la sigla AdEPP e quali siano le sue prerogative e funzioni.

L'Associazione degli Enti Previdenziali Privati nacque all'indomani della riforma previdenziale del 1995 e del processo di privatizzazione delle Casse di Previdenza dei liberi professionisti, su una considerazione

tuttora valida e addirittura ancor più valida di allora. In effetti le singole Casse non avrebbero potuto generare, con azioni separate, un punto di riferimento autorevole (se non al-

tro per dimensioni numeriche) nei riguardi dei soggetti istituzionali e, più interessatamente, delle politiche previdenziali aggregate. In buona sostanza, per ricorrere ad un sistema di classificazione intuitivo, l'AdEPP avrebbe dovuto rappresentare ciò che per il mondo della produzione è costituito dalle Associazioni nazionali dei datori di lavoro (la Confindustria) oppure ancora esemplificando, dall'ABI per il mondo bancario.

Al servizio della funzione generale di rappresentanza delle Casse privatizzate assegnate

all'AdEPP avrebbe dovuto operare uno Statuto adeguato al ruolo e alle funzioni. In realtà, alla luce di quanto verificatosi in questi anni lo Statuto è parso impari rispetto ai compiti crescenti dell'AdEPP.

Non possiamo, infatti, dimenticare che le Casse previdenziali costituiscono il riflesso di sicurezza sociale - costituzional-

mente apprezzabile - delle professioni e dei professionisti. Il loro compito naturale fuor di tentazioni o atteggiamenti di difesa ingiustificata di privilegi - sottolinea

il presidente dell'Enpam - è quello di operare nel quadro degli equilibri generali di bilancio pubblico con strumenti ed attività del tutto liberi. Non si dimentica, infatti, il carattere di strumentalità degli enti previdenziali privatizzati rispetto alla preordinazione di norme ed enti alla tutela previdenziale costituzionalmente garantita. Così che anche le Casse privatizzate soddisfano le finalità di tutela previdenziale di cui all'art. 38 della Costituzione, ben inteso insieme all'interesse individuale degli associati. E nel-

**Necessaria
la massima
chiarezza
con i colleghi**

**Spieghiamo
le prerogative
e le funzioni
dell'Associazione**

la loro azione, cioè nelle operazioni gestionali, utilizzano categorie e mezzi del diritto privato. In questa luce l'AdEPP ha acquisito una fisionomia istituzionale che supera quella delle singole Casse. L'attuale Statuto, però, a nostro parere, non asseconda più il ruolo "po-

Lo scenario di riferimento è cambiato

litico" dell'AdEPP. Prendiamo a titolo esemplificativo il suo art. 1 laddove all'Associazione viene assegnata una sede "appoggiata" presso una delle Casse aderenti quale la Cassa Nazionale Forense. Non si tratta di una considerazione estetica bensì funzionale. L'autonomia dell'Associazione non può non consistere anche in un esplicito sforzo di contribuzione, quale è necessario per la scelta di una sede operativa autonoma, per asseverare la volontà profonda di ogni singola Cassa di operare su un piano congiunto, per l'appunto associativo, come presupposto per il conseguimento di obiettivi non alla portata di ognuna di esse, singolarmente presa. Lo scenario di riferimento è infatti cambiato e il contesto nel quale operano le Casse privatizzate si è fatto via via più complesso in ragione del vento riformatore che muove la disciplina delle professioni. Sarebbe ingenuo nascondersi che alcuni profilati cambiamenti nella disciplina delle professioni determinerebbero un impatto significativo sul ruolo presente e futuro delle Casse. Orbene, con la consapevolezza che le professioni sono adeguatamente rappresentate dai loro organi e con la ferma convinzione che gli organi delle Casse debbono restare in una posizione giuridicamente inappuntabile di

rappresentanza e gestione degli interessi previdenziali delle categorie, è tuttavia evidente che compete loro un ruolo attivo orientato a definire le conseguenze immediate e quelle remote di un cambiamento organizzativo delle professioni in termini di previdenza dei professionisti.

Ancora una volta, però, lo Statuto dell'AdEPP - ricorda Eolo Parodi - non risponde alle esigenze. Rispetto all'attività fin qui svolta, cui non si disconosce il raggiungimento di alcuni buoni risultati, resta il fatto che l'Associazione ha operato prevalentemente attraverso il suo "organo sovrano" (com'è definito dall'art. 7 dello Statuto) cioè l'assemblea. Il Consiglio, organo di amministrazione dell'Associazione, è rimasto pressoché inutilizzato quando, addirittura espropriato dall'assemblea medesima (stridente il fatto che l'assemblea nella sua riunione del 3

novembre 2005 avesse all'ordine del giorno la formazione dell'elenco dei fornitori!). In considerazione di tutto ciò, la Fondazione Enpam, con comunicazione formale del proprio Presidente indirizzata al Presidente AdEPP, Avv. De Tilla, ancora alla fine del mese di no-

Profondi mutamenti nelle professioni

vembre (cioè in una data successiva a quella di comunicazione di recesso dall'Associazione) ha reclamato "una strategia capace di conferire all'AdEPP una sua più incisiva autorevolezza e dotarla di una struttura ed una organizzazione solida". In conclusione, nei confronti dell'AdEPP la Fonda-

(segue a pag. 16)

Casse aderenti all'AdEPP

Casse	n. assicurati
Dottori Commercialisti (CNAPDC)	41.480
Avvocati (Cassa Forense)	111.873
Consulenti del Lavoro (ENPACL)	20.687
Farmacisti (ENPAF)	66.145
Geometri liberi professionisti (CIPAG)	91.798
Ingegneri e Architetti (INARCASSA)	115.103
Ragionieri e periti commerciali (CNPR)	30.539
Cassa del Notariato	5.312
Medici e Odontoiatri (ENPAM)	320.199
Veterinari (ENPAV)	22.643
Giornalisti (INPGI 1)	15.779
Giornalisti liberi professionisti (INPGI 2)	17.544
Psicologi (ENPAP)	22.120
Periti industriali e periti laureati (EPPI)	11.638
Biologi (ENPAB)	8.420
Infermieri professionali (ENPAPI)	10.236

*Fonte: "Il sistema previdenziale delle professioni" di A. Brambilla

(segue da pag. 15)

zione Enpam mostra ancora la volontà urgente di rilancio intervenendo con assoluta tempestività sul suo funzionamento, a partire dallo Statuto. È nostro convincimento, infatti, che l'AdEPP continui a costituire lo strumento insostituibile di consolidamento e rafforzamento della forza rappresentativa delle Casse previdenziali privatizzate nel quadro delle politiche sociali del Paese, ma per tornare a partecipare nell'Associazione, va prioritariamente modificato lo Statuto. Questi i suggerimenti modificativi suscettibili di integrazioni e miglioramenti che abbiamo proposto alle altre Casse di Previdenza: ridefinizione dei requisiti per poter aderire all'AdEPP e riarticolazione del ruolo degli organi dell'Associazione, in modo che l'Assemblea rappresenti l'organo di indirizzo e controllo mentre il Consiglio svolga compiti di gestione ed organizzazione delle attività. Ci pare necessario, inoltre, che l'Assemblea divenga organo effettivo di rappresentanza degli associati e, conseguentemente, sia formata con criteri di proporzionalità diretta dei suoi membri in re-

lazione alla consistenza numerica delle Casse di previdenza o in base ad altri parametri che vanno chiaramente individuati. In altre parole, appare poco democratico che una Cassa come l'Enpam, che rappresenta circa 400mila iscritti,

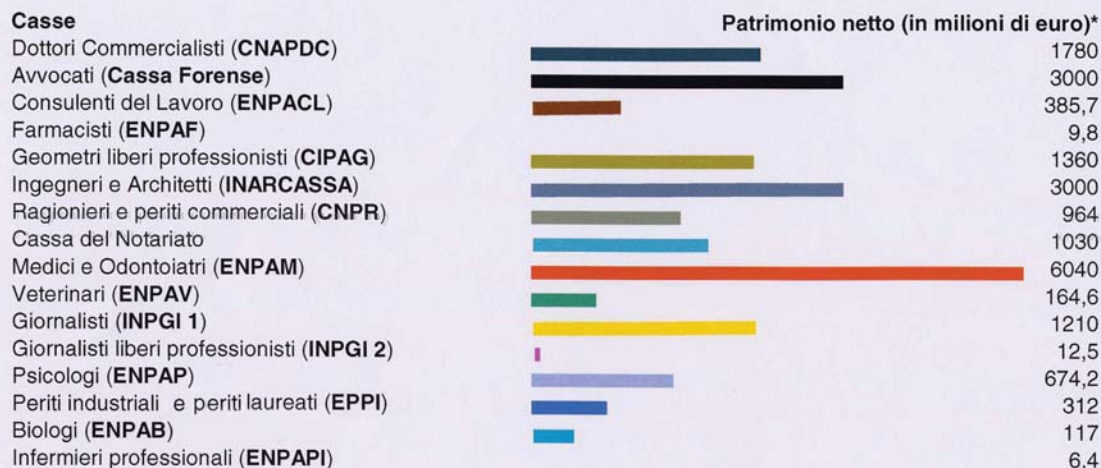
Assegnazione proporzionale di rappresentanti nell'Assemblea

conti di un solo membro al pari di Casse decisamente più piccole, con appena un migliaio di iscritti. Si tratta, quindi, di definire un meccanismo rappresentativo che non penalizzi la densità professionale delle categorie associate e nel contempo ne sublimi l'efficienza propositiva ed operativa. A puro titolo esemplificativo, con salvezza del principio di proporzionalità, si potrebbero allocare le Casse associate a fasce commisurate a parametri ben stabiliti, con l'assegnazione in proporzione di rappresentanti nell'Assemblea.

Detto criterio di proporzionalità, una volta riaffermata e munita di opportuna forza co-gente la natura di organo di indirizzo e controllo dell'Assemblea, non sarebbe necessariamente riprodotto per il Consiglio direttivo. All'accennato principio di proporzionalità rappresentativo dovrebbe altresì essere associato un principio equivalente di proporzionalità delle quote associative. Speriamo di essere stati abbastanza chiari, e che i nostri iscritti abbiano compreso gli obiettivi e la politica che la Fondazione Enpam persegue nei confronti dell'AdEPP.

Il nostro obiettivo – conclude Eolo Parodi – è infatti quello di voler realizzare un organismo con una decisa valenza democratica basata sulla proporzionalità della composizione dell'Assemblea e sulla efficiente configurazione della distribuzione dei ruoli di politica dell'Associazione e di gestione. Il tutto per una migliore gestione delle nostre strutture, ma soprattutto per creare un soggetto politico che sia in grado di difendere, nel modo più efficace, gli interessi previdenziali della categoria dei professionisti. ■

Casse aderenti all'AdEPP



*Fonte: "Il sistema previdenziale delle professioni" di A. Brambilla

< Pubblicità >

Laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università "La Sapienza" di Roma. Nel 1974 si trasferisce negli Stati Uniti dove ha seguito un corso biennale di parodontologia, ottenendo un certificato di specializzazione ed un Master of Science in periodontology. Ha insegnato sia a Roma che a Bologna come professore a contratto. Presidente della Società Italiana di Parodontologia e della Federazione Europea di Parodontologia, ha fatto parte per 6 anni della Commissione Odontoiatri e del Consiglio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Bologna. Attualmente è vicepresidente del CIC che è il Comitato di coordinamento delle più rappresentative Società Scientifiche Odontoiatriche Italiane. Il dottor Gianfranco Carnevale è autore di numerose pubblicazioni scientifiche

Odontoiatria moderna:

Il dott. Gianfranco Carnevale fa il punto della situazione sull'evoluzione dell'Odontoiatria. Dal rapporto con il paziente alla ricerca scientifica

di Carlo Ciocci



Il dott.
Gianfranco Carnevale

Che cosa è cambiato, a parte le nuove tecniche sempre in via di evoluzione, nel rapporto tra l'odontoiatra e il paziente?

Direi che in circa 35 anni di professione odontoiatrica le esigenze del paziente sono molto cambiate. Sono cambiate perché è cambiata la società in cui viviamo e di conseguenza sono cambiati gli atteggiamenti ed i desideri dei pazienti... ma anche i nostri. Purtroppo penso che la figura del medico, e ancora di più quella del dentista, abbiano perso negli anni quell'alone mistico che le circondava e che ingenerava nel paziente una forma di rispetto reverenziale. Devo constatare invece, con piacere, che lo specialista che limita la sua attività alla parodontologia è visto, per lo meno secondo la mia esperienza, come un amico fidato più che un dentista.

È chiaro che i momenti di contingenza economica in generale hanno condizionato e condizionano la possibilità da parte di più pazienti di affrontare terapie costose.

In questi casi come ci si comporta?

È nostro dovere trovare la terapia

più corretta per le possibilità economiche di ciascun paziente. Di solito le scelte non sono molte perché, soprattutto nei casi gravi, la terapia o è molto complessa o è molto semplice. Il tempo è diventato un tiranno terribile della nostra esistenza attuale e quindi influenza, più che anni fa, la possibilità e la logistica di terapie complesse. Anche lo stress fa parte della società di oggi e va valutato seriamente quando si propone ad un paziente, che denuncia qualche problema, un trattamento impegnativo e spesso irreversibile una volta iniziato. Un'altra esigenza corrente, e non certo la meno importante, è quella estetica. Più pazienti sono autonomamente attenti oggi al risultato estetico, ma anche noi proponiamo, per soddisfare il nostro senso estetico odierno, soluzioni diverse da quelle che avremmo proposto qualche decina di anni fa. Sono profondamente convinto della nostra possibilità di influenzare fortemente le scelte del paziente. A tale proposito ricordo il periodo, proprio 35 anni fa, in cui credevo che la superficie oclusale dei manufatti protesici dovesse essere asso-

lutamente d'oro. I pazienti allora apprezzavano quelle superfici esteticamente "orribili" solo perché io, entusiasta del risultato, non vedevo la bruttura estetica ma solo la bellezza dell'aspetto funzionale delle superfici stesse. Oggi, comunque, con tutto l'entusiasmo possibile, sarebbe improponibile!

Parliamo un po' dell'implantologia?

Su questo argomento preferirei dare una risposta non tecnica. La mia impressione è che i primi impianti commercializzati da Bränekmark funzionassero benissimo; mi sono di supporto i dati clinici di 20 anni fa. Ho l'impressione, però, che il mercato e l'industria non siano contenti solo di impianti che si osteointegrino bene, ma vogliano "tutto subito" quindi impianti immediati e carico immediato. Non sono contrario a nulla, ma penso che prima di commercializzare un prodotto si debbano avere dei supporti di ricerca sperimentale e clinica per lo meno di 5 anni. I dati che leggiamo in letteratura, quando si parla di risultati a lungo termine, non si riferiscono certo agli im-

pianti che si usano adesso, ma a quelli che si usavano 10 anni fa. Suggerisco di leggere sull'argomento l'editoriale di Bränemark pubblicato sul *International Journal of Prosthodontics* del 2004 (alle pagine 395 e 396). Mi piace l'idea di caricare immediatamente degli impianti immediati, ma non a scapito della sicurezza del mio successo immediato ed a lungo termine. Quindi prima che vengano prodotti nuovi impianti per questo scopo e che vengano usati sui nostri pa-

rodontologia è chiaro che in questi ultimi 30 anni ci sono stati dei miglioramenti sia della capacità diagnostica che terapeutica, basati sull'analisi accurata e sistematica della letteratura e sulle evoluzioni della tecnologia. Diverso è dire che delle problematiche sono state risolte. Sappiamo oggi molte più cose su quali pazienti siano a rischio e quindi possiamo indirizzare meglio i nostri sforzi preventivi; poco possiamo invece dal punto di vista terapeutico. Sapere quando un sito è

gioranza dei casi che vengono alla nostra osservazione possano essere trattati con successo senza l'uso di tecniche rigenerative. Forse, se avessimo a disposizione procedure che ci permettessero di rigenerare le strutture parodontali in modo rilevante e prevedibile dovremmo ricorrere a meno ricostruzioni protesiche e a meno impianti. La terapia rigenerativa parodontale, comunque, mi sembra molto più complicata di quella implantare perché la prima coinvolge tre

ricerca e progresso

zienti, la ricerca "libera" deve offrirci il supporto necessario.

Dalla ricerca che cosa possiamo sperare per il futuro?

Se escludiamo l'introduzione nella pratica clinica odontoiatrica degli impianti osteointegrati, che non fanno parte della parodontologia, ma che ne hanno certamente diminuito gli insuccessi, perché hanno sostituito la terapia parodontale nelle situazioni ad alto rischio, direi che poche sono le problematiche della parodontologia risolte in questi ultimi 30 anni. Non vorrei lasciare chi legge con l'impressione che gli impianti orali abbiano cambiato in modo rilevante il mio comportamento nella terapia di casi con problemi parodontali gravi. Gli impianti sono uno strumento in più nell'armamentario dell'odontoiatra, il quale nelle situazioni più a rischio potrà decidere se è meglio trattare un dente o sostituirlo con un impianto.

E come si determina questa scelta?

Questa scelta soggettiva di quando un dente è "hopeless" si dovrebbe basare su un'analisi accurata dei fattori di rischio e della propria capacità clinica. Il limite di trattabilità si sposterà sempre di più, maggiore la competenza e la capacità clinica dell'operatore. Tornando alle problematiche della pa-



attivo, cioè sta perdendo attacco, ci permetterebbe di fare molta meno terapia preventiva, ma ad oggi non abbiamo mezzi diagnostici. La rigenerazione guidata dei tessuti è stata una speranza incredibile con basi sperimentali solidissime, ma con risultati clinici così variabili, a seconda delle zone da trattare e dell'operatore, che non ci permettono di affermare che il problema delle tasche infraossee profonde o delle lesioni interradicolari di 2° e 3° grado è stato risolto. Spero che i fattori di crescita riescano ad avere un'applicazione clinica, perciò è in quella direzione che investirei in ricerca. Faccio quest'affermazione anche se sono convinto che la stragrande mag-

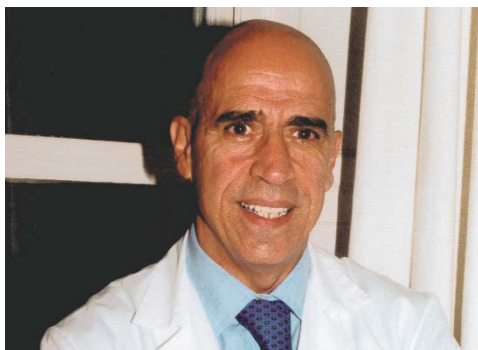
strutture morfotipicamente diverse anche se embriogeneticamente uguali cioè ecto-mesenchimali. Inoltre, ho l'impressione che gli umani non siano capaci granché di spunti rigenerativi rilevanti. Non posso dimenticare i risultati incredibili sugli animali da esperimento; assolutamente non paragonabili a quelli su umani.

C'è qualcosa che vuole dire, come specialista in odontoiatria e parodontologia, ai suoi colleghi medici?

Tra gli eventi odontoiatrici che rivestono importanza nella medicina generale c'è da ricordare che le malattie parodontali sono viste, oggi, come fattori di rischio di infarto delle coronarie, complicazioni durante la gravidanza, complicazioni del diabete, infezioni dell'apparato respiratorio.

Negli ultimi mesi, infine, sono state riscontrate con grande preoccupazione, perché con esiti devastanti, necrosi ossee a carico dei mascellari dopo una banale estrazione o spontaneamente in pazienti in terapia con Bisfosfonati soprattutto se somministrati endovena e in dosi massicce come viene effettuato nelle terapie antiblastiche. Sono state riscontrate necrosi anche in rari casi trattati per os.

Vedendo prescritti Bisfosfonati a moltissime donne in menopausa, mi sembra importante informare i colleghi. ■



A colloquio con il Professor Nicolò Scuderi, Direttore del Dipartimento Malattie Cutanee, Veneree e Chirurgia Plastica e Ricostruttiva dell'Università "La Sapienza" - Roma

Siamo arrivati alla pelle artificiale

Realizzata la ricostruzione non più di un tessuto ma di tutto l'organo "cute", comprensivo di derma ed epidermide. Questo è stato reso possibile grazie alla disponibilità di nuovi "scheletri" di acido ialuronico, all'interno dei quali vengono "coltivati" fibroblasti e cheratinociti, rispettivamente le cellule costitutive del derma e dell'epidermide

di Andrea Sermoniti

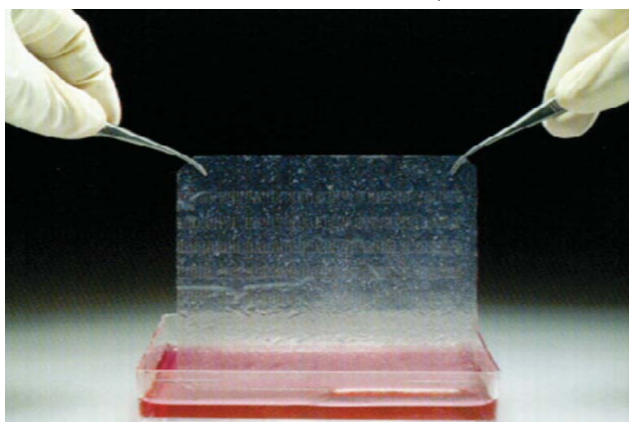
È stata la notizia più importante del 1° Congresso Nazionale Co.r.te. "Conferenza Italiana per lo Studio e la Ricerca sulle Ulcere, Piaghe, Ferite e la Riparazione Tessutale". Un congresso assai originale, una sorta di "Expo" – la più grande mai realizzata in Italia – di tutto quanto c'è di me-

glio a disposizione per trattare ulcere, ferite difficili e cicatrici patologiche. Un problema antico come il mondo che oggi è però possibile affrontare con presidi e strumentazioni *high-tech*, in centri specializzati come a casa. A parlarne oltre 4mila medici e chirurghi afferenti ad una quarantina di società scientifiche e infermieri specializzati, proprio a sottolineare la trasversalità delle discipline interessate alla cura delle ferite difficili, delle ulcere da decubito e delle cicatrici. "Le ferite si possono medicare con acqua e sapone – ha affermato il professor Nicolò Scuderi, presidente del Congresso – oppure con medicazioni tecnologiche, sicuramente più costose all'inizio ma in grado di portare a guarigione in tempi più rapidi e con minor carico di sofferenza per il paziente e i care-

givers". Le parole chiave, che si spera entrino al più presto nel lessico della sanità italiana in maniera quanto più allargata possibile sono "medicazioni avanzate", "cerotti *hi-tech*", "terapia iperbarica", "idrochirurgia", "collantio e sigillanti chirurgici" e "pelle artificiale".

Ma tra le innumerevoli novità presentate al Congresso una, in particolare, ha rappresentato un vero e proprio fiore all'occhiello per la ricerca italiana...

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un rapido sviluppo delle tecniche di bioingegneria, in particolare nella messa a punto dei materiali e delle metodiche di laboratorio per la produzione di tessuti autologhi coltivati. Le indicazioni per l'utilizzo delle cellule coltivate in chirurgia plastica si sono amplia-



Cute artificiale

te in brevissimo tempo: dalla copertura delle ulcere degli arti inferiori (di varia eziologia) o di ampie perdite di sostanza traumatiche o iatrogene, al trattamento dei pazienti ustionati e al trattamento di pazienti affetti dalla Sindrome del nevo gigante congenito.

Qual è stata la vostra originale scoperta?

Il gruppo di lavoro della Cattedra di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica dell'Università "La Sapienza" di Roma da me diretto si è occupato in modo particolare del trattamento di bambini affetti da Sindrome del nevo gigante congenito. Dapprima con innesti di fibroblasti autologhi coltivati seguiti da innesti di cheratinociti autologhi coltivati o di cute prelevata dallo stesso paziente, successivamente riunendo queste due popolazioni cellulari in un unico innesto ("One step").

È una cosa mai realizzata al mondo?

Esperimenti del genere sono in corso anche in Francia e in Giappone, ma noi siamo stati i primi a portare la cute *one-step* dal laboratorio alla sala operatoria.

Quello dei nevi giganti è problema molto grave?

I nevi giganti congeniti rappresentano un importante problema sociale e sanitario. I bambini affetti da questa patologia presentano un rischio aumentato di sviluppare tumori maligni di origine melanocitaria e hanno spesso problematiche di tipo sociale legate all'imbarazzo determinato dalla loro diversità. Ma soprattutto è importante – questa tecnica – perché apre la strada alla creazione di veri e propri organi artificiali in laboratorio. Si tratta ancora di una pelle grossolana, costituita solo da cheratinociti, fibroblasti e melanociti, ma aggiungendo, come abbiamo in programma, angioblasti e strutture pilari e glandolari ci avvicine-

remo sempre più ad un organo completo.

Qual è stato il vostro obiettivo terapeutico?

La nostra ricerca è stata orientata a cercare di diminuire il numero dei giorni di degenza, la morbidità e il numero degli interventi chirurgici per risolvere la problematica. L'innesto di fibroblasti autologhi coltivati seguito dall'innesto di cheratinociti autologhi coltivati o di cute prelevata in altri distretti corporei ha prodotto buoni risultati estetici e funzionali ma con tempi di guarigione lunghi e un aumento della morbidità per operatoria. Lo sviluppo di nuove matrici di acido ialuronico e di una nuova metodica per la messa in coltura dei fibroblasti e dei cheratinociti all'interno della stessa lamina, ci ha indotti a testare la cosiddetta cute *one step* in sette pazienti affetti da sindrome del nevo gigante congenito, due pazienti con ferite traumatiche degli arti inferiori, due pazienti con esiti ci-

catriziali degli arti inferiori, una paziente per una perdita di sostanza iatrogena dopo asportazione di un angioliipoma gigante della gamba e uno per una neoplasia.

Con quali risultati?

Per quanto i risultati siano ancora preliminari e non seguiti da un periodo di *follow-up* sufficientemente lungo, l'attecchimento di entrambe le popolazioni cellulari è stato di grado elevato – in modo particolare in un caso di nevo gigante del dorso – con una significativa riduzione della morbidità per operatoria, dei giorni di degenza e in un unico intervento chirurgico. Abbiamo inoltre analizzato come le modificazioni del grado di esterificazione della matrice di acido ialuronico utilizzata per la coltura cellulare e alcuni accorgimenti nel tipo di medicazione effettuata abbiano portato ad un aumento progressivo nell'estensione delle aree di attecchimento. ■

LESIONI CUTANEE CRONICHE, L'ITALIA SPENDE PIÙ DI TUTTI

Un problema sociale di notevoli dimensioni fino ad oggi sottovalutato, che al Ssn costa 1 miliardo di euro l'anno e al sistema produttivo fa perdere quasi 500mila giornate di lavoro. E l'Italia ha il primato in Europa per numero di malati – che si stima intorno a due milioni – in cui rientrano i diversi tipi di ulcere della pelle (da decubito, varici, da diabete, chirurgiche). Per curarli, ogni anno, il Ssn spende molto più degli altri Paesi europei: il quadruplo della Francia e della Germania, il doppio della Gran Bretagna e quasi come gli Stati Uniti che hanno, però, una popolazione cinque volte superiore alla nostra. Non meno significative i risvolti sul sistema sociale, visto che se non curate appropriatamente le ulcere cutanee possono diventare un serio fattore invalidante. Su un campione di 600 persone, l'80% ha ammesso che le piaghe gli impediscono di lavorare, gli procurano dolore e di conseguenza la maggioranza di essi non può camminare a lungo, non riesce a sollevare le borse della spesa, ha difficoltà nel lavarsi e vestirsi. La mancanza di un approccio innovativo nel campo delle cure, che favorisca la medicazione a domicilio al posto del ricovero in ospedale, non consente all'Italia di abbattere la spesa e di migliorare la qualità della vita di quanti ne soffrono. Infatti, l'11% delle persone ospedalizzate di età superiore a 65 anni è soggetta alle piaghe da decubito ed è più esposta alla mortalità (circa quattro volte superiore). La media delle degenze per piaghe sfiora i 30 giorni, contro quella dei Paesi Ue che varia dai 10 ai 12 giorni, ottenuta privilegiando il servizio sul territorio, la formazione degli operatori e, soprattutto, la rimborsabilità delle cure. E almeno la metà delle degenze, dal costo di 600 euro al giorno per paziente, si potrebbero abbattere dispensando nelle farmacie i vari prodotti: questa misura permetterebbe allo Stato di risparmiare oltre 500 milioni di euro e dall'altra eviterebbe ai pazienti il ricovero, la fila negli ambulatori e negli ospedali o, in alternativa, di pagare di tasca propria i presidi medici.

Come investire le liquidazioni

Sempre più povere le future pensioni

Il mercato finanziario e assicurativo guardano con interesse all'avvio della previdenza complementare. Le preoccupazioni dei giovani appena affacciati al lavoro

di Marco Perelli Ercolini (*)

È ormai convinzione comune che le pensioni nel futuro saranno sempre più povere.

L'accesso ritardato nel mondo del lavoro e più ancora in quello previdenzialmente tutelato, ma soprattutto quell'insieme di varie riforme che per sostenere il pianeta pensionistico pubblico stanno limando i rendimenti, stanno portando i pensionandi verso rendimenti con indici di sostituzione sempre più bassi: con un massimo di anzianità contributiva la prima pensione sarà meno della metà dell'ultima retribuzione percepita in attività di servizio.

Prima delle riforme nel settore privato coll'INPS, all'età pensionabile (65 anni per gli uomini e 60 per le donne) e col massimo dell'anzianità (40 anni di lavoro), si andava in pensione con circa l'80 per cento dell'ultima busta paga, mentre nel pubblico col 100 per cento, anzi qual-

cosa di più per le mancate trattate degli oneri sociali.

A iniziali trattamenti dimezzati va poi tenuto presente nel susseguirsi degli anni l'insufficiente adeguamento al potere di acquisto di tutte le pensioni che da debiti di valore

diventano semplici debiti di valuta: le pensioni di annata, ben si sa, troppo spesso diventano delle pensioni dannate, maledette.

Con queste previsioni, per avere una certa tranquillità economica nell'età postlaborativa il lavoratore deve dunque pensare a qualche forma sostitutiva di tassazione per provvedere al suo futuro nella quiescenza, tenendo presente che la pensione si crea da giovani per goderla da vecchi e che dopo una certa età diventa impossibile qualsiasi forma di costruzione previdenziale complementare.

Meglio rivolgersi al mattone o investire i risparmi e la liquidazione in fondi pensione?

Alla domanda non è facile dare la risposta specialmente nelle incertezze dell'economia mondiale.

Il mattone nel tempo si è sempre rivalutato, ma negli anni il costo di manutenzione e delle varie imposte lima a valori vicini allo zero le rendite.

I fondi pensione sono però un interrogativo e talora in certe congiunture sono andati a valori negativi: meglio dunque il TFR con una rendita bassa, ma certa?

Il mercato finanziario e assicurativo guardano con interesse all'avvio della previdenza complementare e questo insospettisce il lavoratore, anche se si sta studiando di cambiare la natura di molti prodotti per far fornire dai fondi pensione prestazioni mol-

to simili a quelle della pensione pubblica, come per esempio dare la possibilità di ottenere un trattamento reversibile in caso di morte del titolare del fondo.

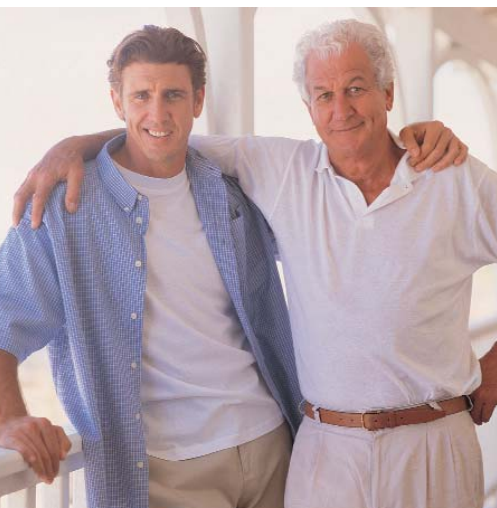
In questo tumultuoso panorama non vanno peraltro dimenticate le legittime aspettative assunte dal lavoratore come diritti acquisiti perché legate ai sacrifici contributivi, la mutualità sociale che in un Paese civile non può essere ignorata, la solidarietà intergenerazionale guardata con molto sospetto dai giovani.

Dunque a fronte di pensioni sempre più scarse, si impone la necessità di trovare risorse accessorie per garantire nell'età postlaborativa una certa tranquillità economica che possa permettere un tenore di vita non di ricchezza, ma almeno dignitoso.

La previdenza complementare dovrebbe avere come scopo quello di aprire questo spiraglio, ma molti sono timorosi di questa nuova esperienza e hanno paura dopo anni di contribuzione di trovarsi nel futuro, al momento del bisogno, seduti per terra.

Oltre alla scelta del tipo di risparmio, se si è indirizzati verso una previdenza integrativa la difficoltà sta poi anche nel trovare un Ente di gestione serio nella sua amministrazione, oculato nella gestione dei capitali, con solida esperienza previdenziale. ■

(*) Consigliere di Amministrazione Enpam



In nome del progresso

Le bottiglie del terrore

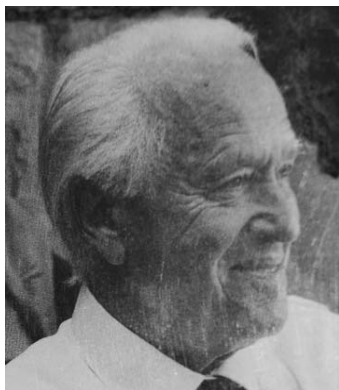
I medici ci scrivono, ci telefonano, mugugnano, protestano anche con vivacità ogni tanto ricorrendo al turpiloquio rafforzativo. "Non se ne può più del rumore". Tutto concorre a distruggere il nostro udito e il nostro sistema nervoso. Siamo, a quanto ci comunicano da varie parti d'Italia, alla resa dei conti, dal momento che ai rumori "tradizionali" si sono aggiunti quelli "moderni", dovuti al cosiddetto progresso. Primo tra tutti lo scarico delle bottiglie a Roma per la raccolta differenziata. Gruppi di bar, ristoranti, tavole calde, alberghi (chi più ne ha più ne metta) usufruiscono, in comune, di appositi contenitori

per il deposito delle bottiglie (usate, naturalmente). Ogni esercizio "espone" il proprio consumo e il proprio guadagno in vari momenti e ore del giorno, scaricando con un certo orgoglio le bottiglie nei bidoni. È quasi un atto di sfida tra i camerieri, proprietari o simpatizzanti tali, a chi ha offerto alla propria clientela il maggior numero di bevande. Si parte, dunque, da un crescendo di cascatelle. Il rumore c'è, eccome, ma viene, se si può dire, addolcito dalla soddisfazione para-umana dei nostri eroi quotidiani. In bello deve ancora avvenire. E puntualmente accade. Arriva il camioncino con il cassone metallico, dotato di una gru elettrica.

A questo punto va in scena uno spettacolo che si può definire unico. L'autista (questi mezzi sono gestiti, sembra, da società private) scende precipitosamente dal mezzo, afferra il contenitore e lo agganca alla gru. I passanti eruditi cercano scampo, gli altri osservano sbigottiti il bidone pieno di bottiglie che si alza, su, su e poi rovescia il suo carico in un colpo solo. È un rumore assordante, agghiacciante, allucinante. Persino per il vigile urbano che si copre le orecchie. L'appuntamento avviene ogni giorno nelle strade della Capitale. Di notte, invece, c'è la musica degli autocarri della nettezza urbana. ■

< Pubblicità >

< Pubblicità >



Luigi Luca Cavalli-Sforza

“Appunto perché esterne, le differenze razziali catturano in modo prepotente il nostro occhio; automaticamente pensiamo che differenze della stessa entità esistano anche per tutto il resto della costituzione genetica. Ciò non è vero: noi siamo poco diversi per il resto della nostra costituzione genetica”. Firmato, Cavalli-Sforza

Siamo veramente

È stato un italiano, Luigi Luca Cavalli-Sforza, a dimostrare che gli esseri umani conservano immutati caratteri comuni, i “geni”, posseduti sin da quando le popolazioni iniziarono a migrare nelle varie parti del mondo. Dati che hanno sovvertito il secolare “mito della razza”. Per capire bisognava salire indietro nel tempo

di Luciano Sterpellone

Purtroppo la maggior parte degli esseri umani non è a conoscenza (o non vuole esserlo) di una verità ormai incontrovertibile emersa dai più avanzati studi di genetica delle popolazioni: che le “razze” umane non esistono, che di razza umana ne esiste una sola. Forse l’Uomo si renderebbe finalmente conto dell’assoluta irrazionalità e inutilità delle sanguinose contese individuali o a livello di nazioni - che da sempre hanno caratterizzato in ogni area geografica i rapporti interumani, tutte motivate dall’odio per il “diverso” e dal folle desiderio di ciascuna “razza” di prevalere sull’altra, di soffocarla o di imporre su di essa un’egemonia.

Sin quasi ai nostri giorni la distinzione in “razze” è avvenuta esclusivamente sulla base di alcune caratteristiche estetiche dei singoli individui, come il colore della pelle, la forma del viso o del cranio, il taglio degli occhi: da sempre il mondo è quindi apparso popolato da

almeno cinque “razze” alquanto differenti l’una dall’altra, ciascuna a sua volta dotata di qualche peculiarità minore.

Da un tale concetto di “diversità razziale” basato esclusivamente sul rilievo dei caratteri esteriori (fe-

notipi), i moderni genetisti hanno spostato l’indagine sui genotipi, cioè sugli elementi base che costituiscono la materia prima degli organismi, i geni. Gli unici in grado di poter evidenziare possibili ca-

ratteri differenziali - cioè “razziali” - tra gli esseri umani.

I dati che hanno completamente sovvertito il secolare “mito della razza” derivano essenzialmente dalle rivoluzionarie indagini condotte da Luigi Luca Cavalli-Sforza, genetista di fama mondiale e dal 1992 Professore Emerito di genetica all’Università di Stanford in California, il quale ha dedicato tutta la vita a ricostruire la mappa storico-geografica delle popolazioni nell’intento di precisare i luoghi di origine dell’uomo moderno e le vie lungo le quali sono avvenute le

grandi migrazioni umane.

Il “razionale” di questa ricerca si è ispirato al concetto che studiando le differenze genetiche eventualmente esistenti tra gli uomini odierni si può risalire indietro nel tempo per capire come e perché que-

ste differenze si sono verificate. Differenze che, com’è noto, sono legate a cambiamenti nel nostro genoma, il DNA, costituito da 3 miliardi di elemen-

ti, ciascuno dei quali occupa una posizione particolare sui cromosomi. Ciò significa che se due individui sono geneticamente molto simili tra di loro hanno un antenato comune molto recente; d’altra parte invece, più sono diversi, più i loro antenati sono antichi. Ergo, da più tempo le popolazioni si sono separate, maggiore è la loro eventuale diversità genetica.

Per queste ricerche, Cavalli-Sforza e i suoi brillanti collaboratori (A. Buzzati Traverso, P. Menozzi, A. Piazza, et al.) hanno personalmente esaminato il patrimonio genetico

**Inutili
tante
sanguinose
contese**

**I genetisti
spostano
l’indagine
sui genotipi**

co di oltre 2000 popolazioni originariamente autoctone, anche tra le più remote e isolate, e in particolare oltre 120 differenti tratti ereditari come gruppi sanguigni e sottogruppi, fattore Rh, sistema HLA, proteine di vario ordine, marker del DNA, DNA mitocondriale.

L'enorme mole di informazioni emerse da questa titanica ricerca è stata poi elaborata, confrontata e interpretata non solo in termini biologici, ma - in una visione più am-

tempo era sporadicamente abitata dal Neanderthal. Probabilmente la massa giunse in Europa dall'Asia Centrale attraverso le steppe dell'Ucraina, come risulta dai recentissimi studi effettuati sul cromosoma Y. La migrazione verso l'America ebbe inizio dal nord-est asiatico almeno 30.000 anni fa.

È bene tenere presente che a tutte queste conclusioni non si è giunti - com'era stato sinora - sull'unica base di speculazioni teoriche e di libe-

come "razze" divengono solo quantitative e non qualitative: in altre parole, non si trovano mai due tipi di geni del tutto diversi in etnie diverse; per di più, nell'ambito dello stesso continente tali differenze tra individui "diversi" risultano ancora minori. Le differenze etniche non dipendono quindi da fattori genetici ("razziali"), ma sono il risultato della selezione prodotta nel tempo dalle scelte personali - fatte nell'ambito di un de-

tutti uguali, lo giuro

pia e multidisciplinare del problema - anche geografici, ecologici, archeologici, antropologici e linguistici. Quest'ultimo aspetto è stato considerato in base all'assunto che l'evoluzione della lingua e quella dei geni sono parallele e simili, perché ambedue sono determinate dallo scambio di geni tra due popolazioni.

Sono stati in tal modo ottenuti dati basilari e del tutto inediti per la soluzione dei grandi misteri che hanno sinora avvolto l'origine e l'espansione degli esseri umani attraverso il pianeta.

Così, seguendo la distribuzione geografica delle variazioni riscontrate nei geni, Cavalli-Sforza è riuscito per primo a "mappare" le vie delle migrazioni umane e - nel computare la distanza genetica tra i vari gruppi etnici - a stabilire una sorta di "orologio" in grado di datare con buona approssimazione la storia dell'evoluzione dell'uomo moderno, trovando ulteriore conferma nei reperti paleontologici, paleopatologici e archeologici. Oggi appare inequivocabile che tutti deriviamo da una piccola popolazione centro africana vissuta circa 100.000 anni fa, la quale cominciò poi a crescere e successivamente ad espandersi nel resto del mondo, ove già v'erano altri "uomini" ma meno evoluti.

La "deriva umana" cominciò circa 40.000 anni fa quando dall'Africa l'uomo moderno raggiunse l'Asia, e dall'Asia l'Europa, che al

re associazioni storiche, ma delle più avanzate, sofisticate e obiettive indagini di genetica delle popolazioni.

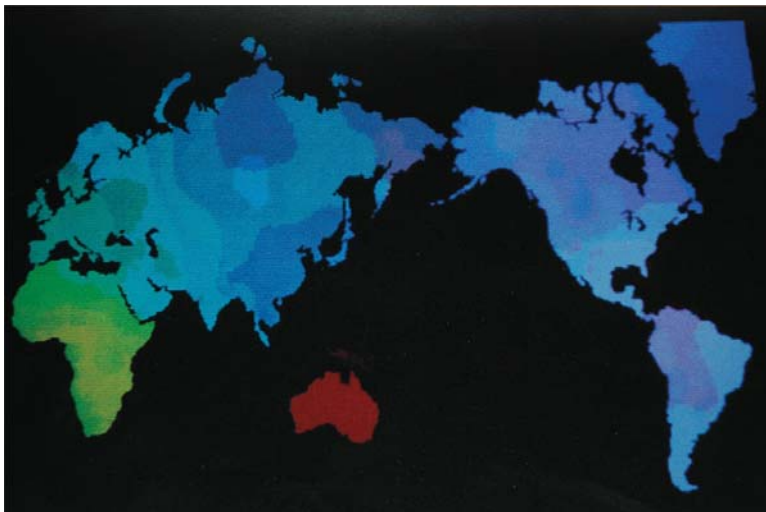
Ci si potrebbe chiedere a questo punto se le differenze genetiche riscontrate in vari gruppi etnici non confermino il concetto di "razze" e quindi la tradizionale inesatta generica denominazione (ancora viva e intramontabile nell'opinione pubblica) tra bianchi, neri, asiatici, africani, europei... Tuttavia, le suddette indagini genetiche dimostrano che gli esseri umani sono diversi soltanto "in superficie", cioè soltanto in alcuni caratteri esteriori (fenotipi) come il colore della pelle o il taglio degli occhi. "Differenze" di poco conto, se si pensa che

di esse sono responsabili soltanto 3-5 geni, il che non autorizza affatto a parlare di diversità "razziale". Si tratta in realtà di manifestazioni della variazione di geni in risposta all'ambiente e al clima; e questi geni sono tutti legati ai caratteri esteriori del corpo, in quanto l'adattamento all'ambiente esterno richiede soprattutto modifiche della superficie corporea.

Se si escludono alcune diversità fenotipiche, le differenze tra quelle comunemente indicate

terminato gruppo ai fini della riproduzione - tra particolari fenotipi. Il che dimostra in ultima analisi che ciascun essere umano conserva immutati quei caratteri comuni ("geni") posseduti da tutti gli esseri umani prima che almeno 40.000 anni fa cominciasse la deriva delle popolazioni nelle varie parti del mondo.

Oltre a stabilire una nuova pietra miliare nella giovane ma già così proficua scienza della genetica delle popolazioni, il lungo faticoso ma appassionato lavoro di Cavalli-Sforza dovrebbe servire a dare un colpo mortale e definitivo alla famigerata e folle teoria del razzismo teorizzata da personaggi non meno famigerati e folli. ■



Le quattro maggiori aree etniche: africana (giallo), australiana (rosso), caucasioide (verde); i mongoloidi hanno alcune somiglianze con gli europei (sfumatura bluastro in siberia), con gli australiani (rosso) e americani (rosato).

All'estero ci lodano

Due belle notizie che riguardano il patrimonio alberghiero dell'Enpam. Il New York Times elogia il "Raphael" di Roma e la rivista Traveller esalta il "Tanka Village Resort" in Sardegna



THE NEW YORK TIMES: GOING TO ROME

Nascosto tra le stradine laterali vicino Piazza Navona, a Roma, si trova uno dei più interessanti Hotel a quattro stelle, il Raphael (Largo Febo 2, tel. 06682831, www.raphaelhotel.com). Recentemente Richard Meier ha disegnato il terzo piano tutto in stile ultramoderno; nell'ingresso si può ammirare una collezione di ceramiche originali di Mirò. La terrazza dell'ultimo piano offre una veduta panoramica che dà direttamente sul Vaticano.



"TRAVELLER": W IL TANKA VILLAGE

Il Tanka Village Resort di proprietà dell'Enpam, in Sardegna, è stato premiato come primo villaggio in Italia nella classifica che la prestigiosa rivista Traveller redige ogni anno, denominata «Traveller Readers Choice».

Il secondo classificato è il Forte Village. Si tratta di un riconoscimento importante che dà valore aggiunto sia al nostro villaggio, sia alla catena Atahotels che lo gestisce.

< Pubblicità >

< Pubblicità >

Nuova iniziativa dell'AMMI

LA CASA DELLA SPERANZA



Dal 1970, si adopera nella riuscita di iniziative in campo di educazione e prevenzione sanitaria, con particolare interesse nei confronti di temi culturali, sociali, assistenziali e previdenziali nei confronti della donna. È l'AMMI, l'associazione che raggruppa le consorti di medici ed odontoiatri, la presiede una signora infaticabile che si chiama Angela Meroni Grasso.

Sua e delle sue iscritte l'iniziativa che ha permesso in breve tempo la raccolta della somma necessaria a costruire a Samaladivi, in India, una Casa di Accoglienza for-

nita di refettorio, dormitorio, aule scolastiche ed infermeria per 50 bambine rimaste orfane a causa del disastro naturale che ha colpito il paese nel dicembre del 2004.

L'ostello-orfanotrofio è stata affi-

dato alle Suore Domenicane della Madonna del Rosario, e sarà pronto ad accogliere le bambine per la prossima riapertura della scuola, prevista per giugno prossimo.

Il progetto si allarga però anche ai bambini dei villaggi vicini: l'obiettivo è arrivare a creare un servizio totalmente gratuito per tutti quelli che non hanno i mezzi necessari e che quindi sarebbero costretti all'analfabetismo.

Informazioni:

Associazione Mogli Medici Italiani

Via Pavia, 6/2 – 20136 Milano
Tel./Fax 02 89422760



Un aiuto da mandare "Insieme"

Assistenza e supporto alle comunità svantaggiate, sia sul territorio nazionale sia all'estero: questo l'obiettivo dell'Onlus "Insieme" che sta, ad oggi, portando avanti diverse iniziative a Kinshasa (Congo) che prevedono il supporto alla Comunità di Santa Lucia con raccolta di medicinali, materiale sanitario per il Centro salute e maternità, e raccolta di materiale scolastico per la scuola primaria. In particolare l'associazione "Insieme" si sta occupando della costruzione di un ambulatorio medico.

In Italia, sempre in collaborazione con la Comunità di Santa Lucia di Roma, l'Onlus sta assistendo i bambini provenienti da Chernobyl che soggiornano presso alcune famiglie e sta effettuando attività di supporto presso la mensa dei poveri.



Informazioni:

Associazione Insieme-Onlus

Viale Angelico, 38 00195 Roma- e-mail: associazione_insieme@yahoo.it



Il Villaggio della Speranza in Tanzania

Le missioni umanitarie dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù si estendono a quaranta Stati esteri. La parola d'ordine non è solo assistenza, ma anche formazione. L'addestramento del personale locale è fondamentale per creare le basi di una futura e autosufficiente organizzazione ospedaliera

Un reparto grande

Lo scorso anno le missioni hanno interessato: Cambogia, Ecuador, Etiopia, Madagascar, Myanmar, Repubblica Dominicana e Tanzania

di Ezio Pasero

L'idea forte, di fondo, è quella di aiutarli ad aiutarsi. Di capovolgere cioè la vecchia logica assistenzialista, che aveva lo scopo di mantenere lo stato di necessità e dipendenza dei Paesi del Terzo Mondo da quelli ricchi, perché questi potessero continuare a sfruttarli, e di aiutarli invece a crescere, a emanciparsi, a diventare davvero indipendenti e autosufficienti. È l'idea che guida, ovunque è possibile, le missioni umanitarie internazionali dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, che le ha estese ormai a quaranta Stati esteri, al punto da poter essere definite nel loro complesso come il più grande reparto dell'ospedale romano, un "reparto grande cinque continenti". Missioni e attività che sono dunque in primo luogo di assistenza sanitaria, visite specialistiche, interventi chirurgici; ma che hanno anche il fine di addestrare e formare personale medico e paramedico locale, sviluppandone e affinandone la preparazione, perché siano poi in grado di continuare da soli a far funzio-

nare strutture e apparecchiature sanitarie, a effettuare analisi e sperimentazioni cliniche, a costituire insomma i primi nuclei di una efficiente organizzazione ospedaliera. E almeno quaranta sono i medici pronti a partire in ogni momento e per qualsiasi parte del mondo: un elenco di volontari che si allunga in continuazione, grazie all'entu-

siasmo contagioso di coloro che ritornano dalle missioni alle quali hanno preso parte. Solo nello scorso anno, nuove missioni delle équipes del Bambino Gesù hanno interessato i territori di Cambogia, Ecuador, Etiopia, Madagascar, Myanmar (cioè la ex-

Birmania), Repubblica Dominicana e Tanzania. Luoghi devastati alcuni dalle guerre e altri flagellati dalla fame e dalla sete. O, semplicemente, aree del nostro pianeta dove, se già per un bimbo in buona salute è difficile crescere, per uno malato è quasi impossibile. Luoghi dove manca la corrente elettrica o l'acqua, o magari tutte e due; dove le mine antiuomo straziano ogni giorno i corpi di bambini, donne e uomini innocenti; dove patologie

o piccole malformazioni che nei Paesi industrializzati sarebbero facilmente curabili, possono invece portare all'emarginazione o addirittura alla morte. Paesi che spesso, nel nostro immaginario collettivo, pensiamo lontanissimi, all'altro capo del mondo; e che invece si trovano a distanze anche più brevi da quelle che separano ad esem-

pio Roma da Milano, come l'Albania, la Libia, la Tunisia. O come i Paesi dell'Europa dell'Est che già si sono affacciati o che bussano alle porte dell'Unione Europea, come Polonia e Romania, Bulgaria o Georgia, con tutto il loro potenziale di svi-

luppo, ma anche con il drammatico carico di povertà ereditato dal disfacimento dell'ex-impero sovietico. E dove l'arrivo dei medici e dei tecnici italiani rappresenta davvero, in molti casi, l'unica speranza.

Proprio così, del resto, "Villaggio della speranza", è stato battezzato il centro che a Dodoma, la nuova capitale della Tanzania, ospita i bambini orfani affetti dall'Aids. Qui l'Ospedale Bambino Gesù ha pre-

**Dove
mancano
luce
ed acqua**

**Pronti
a partire
in ogni
momento**

so in carico l'intera organizzazione delle attività dei laboratori, compresa l'attivazione, la messa in opera e l'implementazione delle apparecchiature, attraverso l'invio di personale specializzato. Situato nel centro di uno dei Paesi in assoluto più poveri del mondo, il Villaggio è un'oasi di assistenza umana e sanitaria per i bambini che, privi di alternative, avrebbero altrimenti ben poche speranze di vita. La Tanzania è infatti uno dei Paesi



Un paziente nella Clinica di Saint Damien nel Madagascar

Pol Pot (due milioni di persone trucidate, l'istruzione abolita, le città distrutte e il ritorno obbligatorio nelle campagne...) la mortalità infantile sotto i cinque anni è del 280 per mille e l'aspettativa di condurre una vita sana è di 45 anni per gli uomini e di 49 per le donne. Inoltre, il 70 per cento della popolazione (che per il 41,25 per cento è sotto i 14 anni) non ha accesso all'acqua potabile e solo il 30 per cento può usufruire di farmaci essenzia-

cinque continenti

maggiormente colpiti dalla piaga dell'Aids, con oltre due milioni e mezzo di malati. E anche malaria e tubercolosi, entrambe endemiche, sono importanti cause di morbidità e mortalità. Un'équipe di medici e tecnici del laboratorio Analisi e microbiologia del Bambino Gesù era giunta qui nel primo semestre dello scorso anno per il collaudo delle apparecchiature elettromedicali donate dall'ospedale al "Villaggio della Speranza" delle Suore Missionarie Adoratrici del Sangue di Gesù e dei Padri Missionari del Preziosissimo Sangue. Attualmente sono 130 i piccoli sieropositivi ospiti del Villaggio, orfani di entrambi i genitori morti di Aids. Medici e tecnici italiani hanno svolto direttamente i test diagnostici di laboratorio, attivando quelli relativi alla misurazione della carica virale e alla conta del numero dei linfociti, indispensabili per l'applicazione delle nuove terapie antiretrovirali che si stanno dimostrando particolarmente efficaci. Poi, dalla seconda parte dell'anno, medici e tecnici hanno assicurato la loro presenza presso il Villaggio a rotazione, garantendo così la continuità del servizio diagnostico e curando l'addestramento di personale locale, con l'obiettivo di rendere il Villaggio totalmente autosufficiente per quanto concerne la conduzione delle attività diagnostiche e terapeutiche. Ancora più intenso l'addestramento di personale locale in Paesi che

hanno raggiunto ormai una fase importante di espansione economica, ma che dal punto di vista delle competenze specialistiche e della tecnologia continuano ad accusare gravi deficit. È il caso del Vietnam, avviato verso un rapido ammodernamento, ma tendenzialmente chiuso all'esterno, dove ancora la mortalità infantile è di 26 maschi e 20 femmine su mille bambini nati. Qui, attraverso i contatti avuti con l'Ospedale pediatrico di Ha Noi, la realtà locale si è dimostrata entusiasta del progetto di collaborazione con il "Bambino Gesù". Progetto che prevede soprattutto uno scambio di conoscenze specialistiche, per indirizzare il personale nella genetica e nei laboratori di biologia molecolare, e la gestione di un servizio di cardiologia, oltre alla creazione di un servizio adeguato di emodinamica. Nell'ospedale di Ha Noi esiste da appena due anni la cardiologia pediatrica, con soltanto un cardiocirurgo e cinque cardiologi. Il personale necessita di training formativo per la diagnostica cardiologia e per gli interventi più complessi di cardiocirurgia, anche se fortunatamente le strutture sono tali da consentire di svolgere l'attività chirurgica. Nonostante i problemi e le difficoltà, il Vietnam rappresenta nel Sud-est asiatico un caso fortunato e felice. Nella confinante Cambogia distrutta fisicamente e psicologicamente dai Khmer Rossi di

li. Qui gli specialisti di chirurgia plastica del "Bambino Gesù" sono tornati lo scorso anno per la quarta volta, per proseguire e ampliare un progetto di collaborazione per l'assistenza pediatrica medica e chirurgica presso l'Ospedale delle Suore della Carità di S. Vincenzo Sister Myrna. Dal 2001 a oggi sono stati operati oltre 440 piccoli pazienti: una parte affetti da labio-palatoschisi, moltissimi con gli arti devastati dalle mine. I medici raccontano scene raccapriccianti, storie di dolore infinito. E nessuno sa dire quando questo scempio avrà fine: di questi ordigni micidiali, si calcola, sul territorio cambogiano ne sono disseminati ancora almeno cinque milioni. ■



Piccoli pazienti in Cambogia

Mostre ed esposizioni in Italia a cura di Anna Leyda Cavalli

Pericle Fazzini

ASSISI – dall'11 marzo 2006 in poi
Inaugura un nuovo spazio espositivo con ben cinquanta opere fondamentali dell'artista marchigiano che Ungaretti, suo amico, definì "lo scultore del vento" per la sua capacità di suggerire e rappresentare gli aspetti più eterei e lirici della natura.

Palazzo del Capitano del Perdono
telefono: 075 8044586

De Nittis e Tissot, pittori della vita moderna

BARLETTA (BA)

fino al 2 luglio 2006

Grande occasione espositiva che si propone di riportare la figura di De Nittis al centro dell'attenzione internazionale coniugandola con l'esperienza artistica di un pittore a lui contemporaneo ed amico, James Tissot.

Palazzo della Marra – Pinacoteca G. De Nittis
telefono: 088 3578613

René Magritte

COMO – fino al 16 luglio 2006

Ultima occasione per poter ammirare sessanta dipinti ad olio e venti tra disegni e lettere illustrate realizzati tra il 1925 ed il 1967 prima della loro definitiva collocazione nel Museo Magritte di Bruxelles.

Villa Olmo
telefono: 031 252352

Gentile da Fabriano e l'altro Rinascimento

FABRIANO (AN)

fino al 23 luglio 2006

Occasione irripetibile per conoscere la vicenda artistica di questo pittore, ammirare la magnificenza dei tessuti e lo splendore delle oreficerie, l'atmosfera principesca dei palazzi e l'eleganza della poesia di corte.

Spedale di Santa Maria del Buon Gesù – telefono: 199 199 111

L'uomo del Rinascimento. Leon Battista Alberti a Firenze tra Ragione e Bellezza

FIRENZE – fino al 23 luglio 2006

Mostra di altissimo livello qualitativo con l'intento di far conoscere al grande pubblico le più recenti acquisizioni relative alla vastissima opera enciclopedica di Leon Battista Alberti.

Palazzo Strozzi
telefono: 055 2469600

Venezia. Capolavori dal XIV al XVIII secolo nella Collezione Lia

LA SPEZIA

fino al 1° ottobre 2006

Per la prima volta è esposta al pubblico nella sua interezza la sezione veneziana della Collezione Lia composta di arredi, dipinti, miniature, oggetti e sculture.

Museo Lia – via Prione 234
telefono: 0187 731100

Design finlandese. La Collezione Mangano

MESSINA

fino al 30 giugno 2006

Interessante esposizione dedicata agli oggetti progettati dai designer finlandesi e realizzati in Finlandia dagli anni Cinquanta del secolo scorso tra cui creazioni di Alvar Aalto, Tapio Wirkkai, Timo Sarpaneva.

Museo Regionale
telefono: 090 361292 361293

Un diavolo per capello

BOLOGNA – fino al 2 luglio 2006

Prima grande mostra dedicata al tema dell'acconciatura con circa trecento opere esposte tra reperti archeologici, ritratti sei/settecenteschi, incisioni, monete e medaglie dal XV al XVIII secolo, fotografie di autori italiani e stranieri, oggetti e documenti di interesse etnografico-antropologico, oggetti da toilette.

Museo Civico Archeologico
telefono: 051 2757211

Santi banchieri re

RAVENNA

fino all'8 ottobre 2006

Grande mostra archeologica allestita nella splendida Chiesa di San Nicolò che illustra l'epoca d'oro di Ravenna, il VI secolo d.C.

Chiesa di San Nicolò
telefono: 054 4213371
www.ravennantica.it

Antonello da Messina

ROMA – fino al 18 giugno 2006

Evento unico e irripetibile che riunisce per la prima volta le opere sparse in tutto il mondo di Antonello da Messina, uno dei grandi maestri del Quattrocento.

Scuderie del Quirinale
telefono: 06 39967500

Amedeo Modigliani

ROMA – fino al 20 giugno 2006

La mostra illustra l'intero percorso creativo dell'artista attraverso un centinaio di opere tra oli, disegni, acquerelli, realizzati tra il 1906 e il 1920 e provenienti da importanti musei pubblici di Francia, Inghilterra, Israele, Svizzera, Stati Uniti, Brasile e, naturalmente, Italia.

Complesso del Vittoriano
telefono: 06 6780664

Musa pensosa. L'immagine dell'intellettuale nell'antichità

ROMA – fino al 20 agosto 2006

Statue, affreschi, rilievi svelano i volti delle dee ispiratrici delle varie arti ed evocano il mondo dei letterati dell'epoca greco-romana sempre grati a queste portatrici di parola divina.

Colosseo



Stanislas Lépine, "Quai des Célestins, le pont Marie", particolare

Razionalismo di Cartesio ed empirismo di Bacone

RINASCIMENTO SCIENTIFICO

I due filosofi sono quelli che maggiormente influenzarono la vita intellettuale del '600 in Occidente

di Fabio Astolfi

Se il Cinquecento è stato il secolo del Rinascimento artistico, nel XVII secolo si deve invece collocare il "Rinascimento scientifico", dove la stessa Medicina troverà nuovo impulso e sviluppo. Le figure che più influenzarono la vita intellettuale del '600 in Occidente, furono due filosofi, René Descartes e Francesco Bacone.

René Descartes, noto anche come **Cartesio**, nacque in Francia nel 1596. Fu l'esponente di mag-



Cartesio

giore spicco del Razionalismo filosofico e scientifico, ponendo il razio-cinio, ossia il ragionamento, come prima attività dello spirito umano, capace di spiegare la realtà; oltre che autore di numerose opere filosofiche, scrisse anche il *Tractatus de homine et de formato foetus* pubblicato postumo nel 1602. L'opera venne considerata come il primo testo moderno di fisiologia, sebbene non può essere preso come un vero e proprio libro di testo. Cartesio nella sua opera cerca di spiegare le attività organiche con i criteri della meccanica; egli concepiva infatti il corpo umano come una macchina azionata dal calore raccolto dal sangue. Il sangue, lanciato in linea retta verso il cervello per mezzo dell'aorta, vi porta i suoi elementi più puri, i cosiddetti spiriti vitali. Questi dilatano il cervello

consentendogli di ricevere le impressioni degli oggetti esterni cioè le sensazioni, e anche quelle dell'anima, che Cartesio separa nettamente dalla materia.

La visione cartesiana faceva anche una netta distinzione tra l'uomo e l'animale, perché il primo è dotato di un'anima razionale, la quale sarebbe in rapporto con la ghiandola pineale. Tale ghiandola, detta anche epifisi, situata nella parte posteriore-superiore del terzo ventricolo del cervello, sarebbe per Cartesio assente negli animali. In tutte le sue opere, filosofiche e non, traspare e si codifica il "dubbio", sia quello metodico che dei sensi: egli sostiene infatti che chi dubita ragiona ed esclude le sensazioni che possono essere fallaci. La base della conoscenza è quindi il ragionamento.

I suoi scritti furono però capaci di suscitare soprattutto le critiche da parte dei teologi, tanto che Cartesio fu costretto a ritirarsi dalla scena filosofica e scientifica, e accettare l'invito di Cristina di Svezia, trasferendosi a Stoccolma dove morì poco dopo (1650). Contrapposto al Razionalismo cartesiano, un'altra corrente di pensiero, l'Empirismo, si basava sull'esperienza sensibile come strumento della conoscenza. Promotore radicale di questa visione filosofica fu **Francesco Bacone** (1561-1626), ex studente dell'Università di Cambridge, studioso di filosofia, scienze e giurisprudenza, avvocato e Lord Cancelliere della Camera

dei Comuni inglese. Ben voluto alla corte di Giacomo I ricoprì varie cariche politiche, fino ad essere nominato barone di Verulamio. Ma la sua fulgida carriera politica incontrò anche degli ostacoli, e fu costretto a passare anche alcuni giorni imprigionato nella Torre di Londra. Tornato agli studi filosofici e scientifici compose due opere, il *Novum Organum* (1620) e il *De dignitate et augmentis scientiarum* (1623), nati come capitoli di un'opera più vasta, la *Instauratio magna scientiarum*, che non riuscì a portare a termine. Sembra infatti che trovò la morte, come un moderno Plinio, per amore della scienza e dell'osservazione: restò giorni ad osservare la carcassa di una volpe nella neve e la conservazione dei tessuti dalla putrefazione, ma il freddo preso per completare tale ricerca sembra lo portò alla morte (1626).

L'induzione baconiana, al contrario di quella aristotelica che è detta formale, viene definita scientifica, e va dall'osservazione accurata dei fatti ad una interpretazione generale, per poter quindi giungere alla formulazione di leggi universali capaci di spiegare i vari fenomeni. Sebbene la scienza non seguì mai troppo l'esempio di Bacone, rimase indelebile il segno dei suoi studi e fu esemplare l'uso che fece dell'esperimento come strumento delle sue ricerche. ■



Bacone

«La stupefazione sempre più sapiente per gli intrichi mirabili dei muscoli, dei visceri, dei nervi, che trovi identici nella carcassa del genio e in quella dell'idiota, precipita l'Anatomista in un gorgo di misantropie inconfutabili: quale occasione sprecata, infatti, un corpo, "stromento" mirabile, ma quasi sempre sotto signoria di "omini grossi e tristi" (Fogli di anatomia e di ottica del 1489-90)!»

Studio dell'anatomia

Leonardo Da Vinci, uno scienziato che pose al centro della sue ricerche l'osservazione della realtà attraverso l'esperienza

di **Serena Bianchini**

Gli studi di anatomia di Leonardo fanno parte del vasto corpus di disegni noto come Raccolta di Windsor, un codice miscelaneo messo insieme da Pompeo Leoni.

Leonardo allievo del Verrocchio ha avuto un'educazione neoplatonica che mirava a dare un'immagine di bello ideale e lo strumento base per avviare quest'indagine era il disegno. Ma la libertà con cui inizia a creare è più forte e superiore alla realtà del tempo a Firenze. Leonardo scopre attraverso l'osservazione della realtà che le immagini non sono mai così nitide e

sono rese evanescenti dalla presenza dell'aria; egli si distacca così dalla dimensione ideale e privilegia l'osservazione del reale attraverso l'esperienza.

Dal 1341 si tennero a Padova pubbliche lezioni di anatomia sul cadavere e da lì si diffusero in altre città italiane, anche se con difficoltà. Infatti, nell'Università fioren-

tina era solo occasionalmente concesso ai medici di sezionare i cadaveri dei giustiziati a scopo scientifico, ma essi non erano i soli che si impegnavano in questi studi. Ormai anche gli artisti si cimentavano. Il loro interesse era soprattutto per ossa e muscoli; lo scheletro, la componente più dura del corpo, rientrava in un'importante concetto presente da secoli nell'arte: lo studio delle corrette proporzioni corporee, la base stessa dell'idea di armonia e bellezza; i muscoli erano necessari per lo studio del movimento.

Per primo Leonardo scoprì la presenza nel cranio dei seni frontali e dell'antro mascellare che, prima dell'attento studio dei suoi disegni nel 1901, si riteneva fosse stato scoperto dall'inglese Nathaniel Highmore nel 1651.

Egli è la più radicale espressione di studio diretto dell'anatomia da parte di un artista.

Seguendo la teoria dei fogli contenenti gli appunti di anatomia si è scoperto che questi nascevano in un arco di tempo comprendente tutta la vita attiva di Leonardo fino alle soglie della morte. Abbiamo due uniche date: il foglio più antico è del 1489, il più recente del 1512. Secondo alcuni studiosi il periodo di

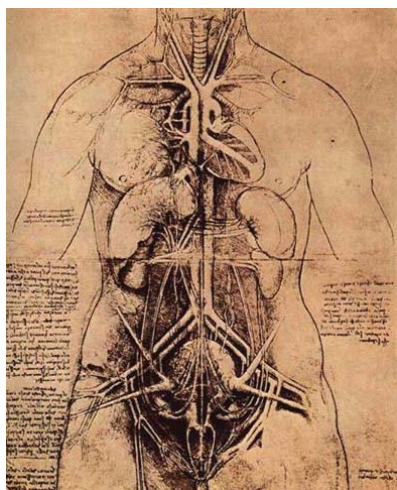
attività anatomica è più ampio: dal 1472 al 1513.

Studiosi come Huard hanno schematizzato i diversi periodi, dimostrando che l'avvicinamento di Leonardo all'anatomia fu progressivo, sviluppandosi come segue:

- primo periodo fiorentino (1469-81): avvicinamento agli studi su tavole di anatomia superficiale e forse a studi sul cadavere scorticato, tramite permessi di potenti corporazioni artistiche;

- primo periodo milanese (1482-1499): l'intensa attività artistica e il modellamento del grande cavallo di gesso destinato al monumento degli Sforza mai compiuto, richiese studi d'anatomia comparata ed egli poté in questo periodo seguire anche osservazioni anatomiche sulle salme all'Ospedale Maggiore di Milano;

- secondo periodo fiorentino (1500-1508): studi anatomici all'Ospedale di santa Maria Nuova su un bambino di dieci anni e su un centenaro. Intorno al 1503, a Firenze, il ritorno sui cadaveri mostra un'intenzione ormai enciclopedica: il piacere della conoscenza in sé del corpo sezionato, facendo in ogni caso "utilissima cosa alli curatori delle ferite" (Fogli di anatomia posteriori al 1500). È interessante ricordare che anche



Studio sezionato del corpo umano

Michelangelo si prodigò allo studio del corpo umano ma per un interesse artistico, per arrivare al bello ideale; quello di Leonardo era anche fortemente scientifico;

- secondo periodo milanese (1508-1513): incontro con Marco Antonio della Torre, professore di anatomia a Padova e a Milano, un uomo entusiasta dei testi galenici restituiti alla loro versione originale. Que-

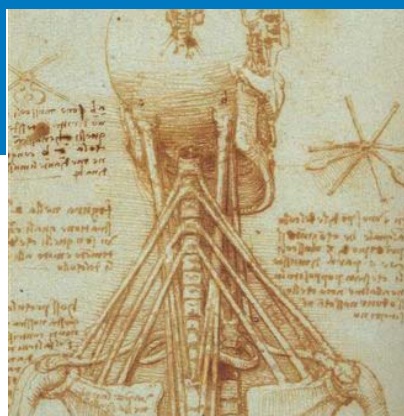


Studio della mano, particolare

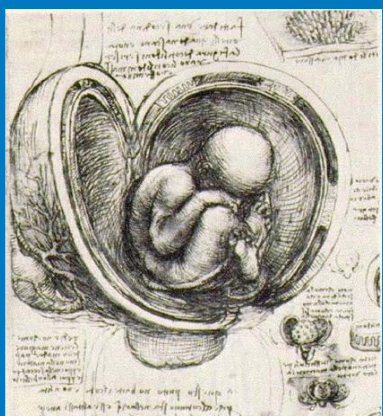
nardo si svolge mediante un continuo confronto unificatore tra la mente pensante e la natura oggetto dell'osservazione.

Sappiamo da Leonardo stesso che sarebbero dovuti derivare dei trattati e che questa mancata compilazione sia stata identificata come la nota "inconcludenza" leonardesca, ma la sua ansia continua di perfezione e l'approfondimento delle

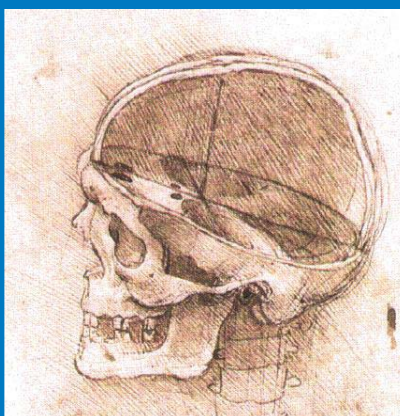
tra scienza e arte



Studio di spalla e colonna vertebrale



Rappresentazione di un feto



Studio del cranio e di alcuni vasi

sto periodo è per Leonardo fonte di grande lavoro nell'effettuare numerose dissezioni dedicate soprattutto alla miologia e all'osteologia;

- soggiorno romano (1513-1516): studi anatomici all'Ospedale di Santo Spirito; fu accusato di stregoneria e fu perseguitato, costretto a pentirsi davanti a Leone X;

- soggiorno francese (1517-1519) presso Cloux (Amboise), dove morirà. Leonardo nel mostrare al Cardinale d'Aragona la sua collezione di disegni anatomici dichiarava di avere sezionato più di trenta cadaveri maschili e femminili, di tutte le età. Su questi trenta corpi il Da Vinci asportava la cute e il sottocutaneo per preparare l'apparato di movimento isolando i muscoli con la distruzione del connettivo o addirittura asportandoli per mettere in evidenza il decorso dei vasi e dei nervi. Usò un metodo di progressiva scarnificazione tramite la macerazione naturale o artificiale per mettere a nudo lo scheletro, con un continuo sguardo alla strettissima

analogia tra macchina e corpo umano e al suo funzionamento. Nei suoi appunti i disegni sono sistemati a caso sul foglio, a seconda del materiale a disposizione. La parte preponderante di questi schizzi erano le riflessioni sul futuro trattato, scritti con la mano sinistra a rovescio, poco decifrabili se non con uno specchio.

"Necessaria cosa è al Pittore per essere buon membrificatore nell'attitudine e gesti che far si possono per li nudi di sapere notoria de' nervi, ossi, muscoli, e lacerti, per sapere nelli diversi movimenti e forze qual nervo o muscolo è di tal movimento causa, e solo quelli fare evidenti e ingrossati".

La fiducia di Leonardo nel valore conoscitivo e comunicativo del linguaggio visivo dell'immagine ha un'aria modernissima ed evidenzia la duplice importanza dello studio anatomico: la comprensione della struttura umana sul lato scientifico e sul lato artistico.

Il procedimento scientifico di Leo-

leggi e della tecnica erano confuse dalla maggioranza dei contemporanei come lentezza. È comunque indubitabile che la "non finitezza" e lo sperimentalismo risultano evidenti anche nelle opere pittoriche come l'"Adorazione dei Magi" degli Uffizi. Fu sicuramente un personaggio poco capito, e Freud in un suo saggio ne chiarifica il concetto: «...lo spostamento dei suoi interessi dall'arte alla scienza, che aumentò con il passare del tempo, deve aver avuto una parte nell'allargare l'abisso che lo separava dai suoi contemporanei [...] noi siamo nella condizione di comprenderlo meglio, poiché sappiamo dai suoi appunti quali arti praticò. [...] Con le sue dissezioni sui cadaveri dei cavalli e degli esseri umani, con le sue costruzioni di macchine volanti e con i suoi studi sulle piante, egli si allontanava notevolmente dai commentatori di Aristotele e si avvicinava ai disprezzati alchimisti, nei laboratori dei quali la ricerca aveva trovato un rifugio». ■



AIUTARE I FRATELLI DEI BIMBI DISABILI

L'Auditorium dell'Istituto clinico Humanitas di Rozzano ha ospitato, ultimamente, un importante convegno sul tema "Siblings – Sostenere i fratelli di bambini con disabilità". Troppo spesso, infatti, si sono verificati casi in cui i fratelli di bambini disabili sono risultati psicologicamente troppo fragili rispetto ai coetanei. Il seminario, organizzato dalla Fondazione Ariel, centro per le disabilità neuromotorie infantili, ha inoltre posto l'accento sul fatto che, molte volte, i fratelli dei bambini disabili, vivendo in maniera totale le difficoltà fisiche e, soprattutto, psicologiche dei loro congiunti, crescono in situazioni difficili e molto stressanti. Ecco, quindi, la necessità di offrire servizi specifici, in grado di aiutare queste persone che vivono quotidianamente le problematiche dei disabili.

NUOVA TECNICA CHIRURGICA

Una nota dell'Ospedale Bufalini di Cesena ha evidenziato il fatto che, ogni anno, oltre centomila italiani si sottopongono a colecistectomia videolaparoscopica. Questo intervento, che vede l'ospedale romagnolo all'avanguardia europea, consente di asportare la colecisti senza alcuna incisione, ovvero tramite il bisturi ad ultrasuoni, strumento semplice ed efficace.

Vista l'importanza di questa innovativa tecnica operatoria, nel mese di febbraio, l'Ospedale romagnolo effettuerà un collegamento video con il Centro Ethicon di Amburgo in cui si effettueranno operazioni in diretta. Gli oltre 30 chirurghi europei che saranno ospitati dal Centro tedesco potranno, in tal modo, assistere "in tempo reale" alle operazioni effettuate con questa innovativa tecnica operatoria. Il progetto di collaborazione internazionale consentirà, inoltre, ai medici interessati di recarsi direttamente all'Ospedale Bufalini per apprendere e perfezionare come effettuare questo particolare intervento.

2030: VITA MEDIA 100 ANNI

Durante l'Annual Meeting dell'American Association for the advancement of Science, tenutosi in questi giorni a St. Louis, il biologo Shripad Tuljapurkar, dell'Università di Stanford, ha affermato che: "...A partire dal 2010 il tasso di longevità potrebbe aumentare in maniera significativa, almeno di venti anni, se si diffonderanno tra la popolazione mondiale le terapie e le tecnologie anti-età..." Insomma, se questa previsione si verificherà, come tutti noi ci auguriamo, entro il 2025 l'età media passerebbe dagli attuali 75/80 anni a circa 100 anni! In tal modo nel mondo si troverebbero a convivere circa 12 miliardi di persone con conseguenze demografiche difficilmente immaginabili! Sarà vero? Ai posteri l'ardua sentenza...

ATTENZIONE ALLA VARICELLA

Il Professor Giovanni Vitali Rosati, pediatra di famiglia di Firenze e referente della Federazione Italiana Medici Pediatri per la regione Toscana, ha sottolineato, durante un incontro a Milano dal tema "Insieme senza varicella", l'importanza di non sottovalutare malattie come la varicella. Questa malattia, infatti, colpisce, ogni anno, circa 550.000 italiani, l'80% bambini. Dalla prima piccola pustola sulla pelle alle lesioni estese il passo, se la varicella non viene curata in modo adeguato, è molto breve. Continua il Professor Rosati: "...Si tratta di una malattia molto contagiosa che si manifesta al ritmo di un caso al minuto, 1440 al giorno [...] Nel 4% dei casi si presta a complicanze [...] Spesso si pensa che la varicella sia una di quelle malattie che si debbono fare da piccoli, ma non è così perché in tal modo ci si espone al grave rischio di complicanze neurologiche importanti...". In base a queste premesse è importante favorire e sviluppare la vaccinazione gratuita antivariella per tutti i bambini con età superiore ad un anno.

GLI ITALIANI E LO SPORT

L'ultima relazione sullo stato sanitario del Paese (2003-2004), pubblicata dal Ministero della Salute, conferma che l'italiano è sempre più pigro e sedentario. L'attività sportiva, infatti, non interessa a quasi il 41% della popolazione ma soprattutto non interessa al gentil sesso tanto che viene praticata regolarmente solo da una donna su dieci. Fra gli uomini la percentuale sale, invece, ad uno su quattro, percentuale, però, sempre troppo bassa.

Le regioni italiane ove si pratica meno sport sono la Calabria e la Sicilia mentre quelle dove lo sport è diventato una sana abitudine sono il Friuli ed il Trentino.

di Marco Vestri

< Pubblicità >

Rovine Inca sul Machu Picchu



Dilaniato dalle contraddizioni ma sempre bellissimo, il Perù è un mondo di superlativi agli estremi: foresta amazzonica e deserti, oceani e vette vertiginose, antiche culture e macarena, industrializzazione coatta e mera sopravvivenza, arte squisita e violenza

Perù: stanno arrivando i

In costante aumento la moltitudine di turisti americani ed europei che ripercorre ogni anno le strade, spesso impervie, dell'impero Inca inerpicandosi sui ghiacciai andini

Testo e foto
di Mauro Subrizi

Dopo anni di buio il Perù ha ricominciato ad accogliere migliaia di turisti americani ed europei, che ripercorrono le strade dell'impero inca, si inerpicano sui ghiacciai andini, discendono il **Río Ucayali** su battelli alla *Fitzcarraldo* o sperimentano le barchette di giunco

Le celebri rovine della civiltà incaica

con le quali ancora si naviga sul **Titicaca** e nell'oceano; attratti da un cocktail unico: le rovine precolombiane più celebri del Sudamerica e il fascino di un paesaggio straordinariamente vario, che comprende deserti, ghiacciai, selva amazzonica e laghi a 4000 metri, il tutto punteggiato da città coloniali e villaggi tradizionali dove la gente veste ancora con gli antichi costumi.

LIMA

La città si estende per chilometri nel deserto della costa pacifica, avvolta per sei mesi all'anno in una foschia appiccicaticcia, e nell'umidità che al mattino fa tro-

vare le strade completamente bagnate.

Fino al 1940 contava meno di seicentomila abitanti; gli ultimi sessant'anni hanno creato quel mostro che è Lima metropolitana, con 4 milioni di abitanti, più di un terzo dei quali ammonticchiati nelle *barriadas*, senza acqua potabile, senza luce, senza fogne, senza strade, scuole ed ospedali. Il centro storico, nonostante questa continua espansione, ha conservato la pianta a scacchiera che ne testimonia l'origine spagnola. È un centro particolarmente austero, con i grandi palazzi grigi, e non offre quell'immagine di falsa opulenza e di modernità, tipica delle altre capitali latino-americane. Il disordine urbanistico regna sovrano, la catapecchia affianca il palazzo di rappresentanza e la costruzione settecentesca. Buona parte della vita sociale della città si svolge nella zona intorno a *Plaza de Armas* e a *Plaza San Martín* che per esteso va dal Palazzo del Parlamento, alla stazione ferroviaria, alle stazioni degli autobus. *Plaza San Martín* è anche il tradizionale luogo dei grandi comizi popolari.

CUZCO

La città è dolcemente distesa a 3400 metri sul livello del mare, in una conca verdeggianti; la sua storia è la storia del popolo Incas. Ancora oggi le sue mura racchiudono la più vasta testimonianza della civiltà andina scomparsa. Il suo perimetro abbraccia una su-

Dal deserto alle Ande alla costa pacifica

perficie molto vasta, tale da contenere in abitazioni da uno e due piani, circa 150.000 abitanti.

L'area urbanizzata si è ampliata a macchia d'olio attorno ad un centro strutturato in modo regolare e presenta nelle diverse fasce le caratteristiche stratificanti delle aree metropolitane: ad un centro pittoresco con portici e miradores in legno, chiese barocche e monasteri costruiti su resti di edifici incamiciati, fanno da corona abitazioni sempre più modeste fino alle capanne di adobe disseminate lungo i pendii della montagna dove le strade regolarmente lastricate lasciano il posto a sentieri impervi e polverosi. Il monocen-

trismo della città è solo apparente: se alla *Plaza de Armas* è destinata una funzione celebrativa (cattedrale) e turistica (negozi d'artigianato e ristoranti), il vero "cuore" della città è il mercato, che ha sede nei pressi della stazione di San Pedro; qui pulsa la vita cittadina, che solo da alcuni anni ha trovato nel turismo una nuova ed

tieri spesso angusti e pericolosi. L'area archeologica di Machu-Picchu è stata scoperta nel 1911 da uno storico americano, Hiram Bingham, che, partito alla ricerca dell'ultima capitale degli Incas, si imbatté nei resti ancora ben conservati di una città della quale si ignora tuttora il nome. Machu-Picchu è infatti solo il no-



Navigazione sul Titicaca

"nuovi invasori"

importante risorsa.

A circa 110 km da Cuzco troviamo **Machu-Picchu**.

Partendo in treno da Cuzco si può arrivare a *Aguas Calientes* (ultima località prima della stazione di Machu-Picchu) il giorno precedente la visita. Qui potrete trascorrere la notte in uno dei piccoli alberghi lungo la ferrovia. Alzandovi presto al mattino, potrete anticipare l'arrivo del primo treno alla stazione di Machu-Picchu, percorrendo a piedi l'ultimo tratto della ferrovia. La fatica della camminata sarà abbondantemente ripagata dalla bellezza del paesaggio nel sole che illumina le cime delle montagne e la vegetazione rigogliosa.

La grandiosa città di Machu-Picchu rappresenta una concreta sfida dell'uomo nei confronti della natura; fu costruita sul dorso di uno sperone sporgente nella parte intermedia di una montagna, dove la città sospende i propri palazzi ed i propri templi sul granitico canyon di **Urubamba**, a penzolari sopra il fiume.

Il terreno è scosceso, corto e con molti dislivelli, ragione per cui questo antico centro inca non ha le caratteristiche di una città convenzionale e presenta invece molteplici unità sparse per tutta la zona, a diverse altitudini, separate da precipizi impressionanti e unite da sen-

me di una delle cime (oltre al *Wayna-Picchu* e al *Winay-Wayna*) adiacenti alle rovine.

Nella visita alla città si possono facilmente distinguere le aree riservate alle residenze dei nobili e a quelle del popolo. Si riconosce facilmente il tempio con il caratteristico altare monolitico, il cimitero, la piazza principale, i posti di vedetta e i terrazzamenti adibiti a coltivazioni. Gli edifici, se si eccettuano le coperture, ormai inesistenti in quanto costruite in pa-

dove le coltivazioni si fanno sempre più frequenti e così pure gli alberi ad alto fusto. Si supera il fiume Urubamba. La valle si stringe tra due catene di montagne: alzando lo sguardo si intravedono le lingue dei ghiacciai che creano uno stridente contrasto con il paesaggio sempre più tropicale.

Il treno tocca felci giganti e coloratissime orchidee che creano, con le altre mille specie di piante, una galleria naturale fino al termine della corsa. ■

**Dai 3400 metri ai 2000
tutto cambia tutto è bello**

glia, si presentano in buono stato di conservazione anche se in qualche caso il succedersi di sismi ha provocato qualche danno.

Il viaggio in treno da Cuzco a Machu-Picchu regala al turista un paesaggio estremamente interessante e vario soprattutto se si considera che dai 3400 metri di Cuzco si scende fino ai 2000 metri della stazione d'arrivo percorrendo 110 km in direzione della selva; si coglie con chiarezza il graduale mutamento della vegetazione. Il treno sale lentamente a zig-zag tra boschetti di eucalipto fino ad un passo nei pressi della città. La discesa comincia tra prati aridi e prosegue fino al fondo della vallata,



Mercato a Cuzco

< Pubblicità >

Un po' di storia sull'Etere solforico

Cerca di dormire che ti taglio la gamba

Il dottor Alfredo Gabriele racconta, documentandola, l'apparizione nelle sale chirurgiche romane della prima anestesia, giunta nella capitale dagli Stati Uniti via Londra

Alfredo Gabriele è un medico che conosce alla perfezione la storia dell'anestesia. A prima vista, potrebbe sembrare una delle tante curiosità che la medicina offre ciclicamente. Invece non è così, almeno a leggere con attenzione uno studio che il dottor Gabriele ha messo a punto dopo essersi a lungo e coscienziosamente documentato. L'autore parte dall'arrivo in Europa dell'Etere solforico, nell'uso di anestetico per finalità chirurgiche, il 21 dicembre 1846

quando in un ospedale londinese si procedette all'amputazione di una gamba a un paziente in gravi condizioni. Pochi mesi dopo (marzo 1847) l'Etere "arrivò" a Roma. Lo testimonia, con dovizia di documentazione, il prof. Francesco Ratti, ordinario di chimica, che scrisse un'Appendice al "Diario di Roma". "... un'interessantissima scoperta non solo per la chirurgia, ma per la medicina ancora numerosissime potendo essere le applicazioni da farsene a vantaggio dell'inferma umanità". Poco tempo dopo sul giornale "Notizie del Giorno" appare un avviso commerciale: "Nel laboratorio meccanico, posto in

Via delle Convertite numero 18, diretto dal proprietario Luigi Luswerg, macchinista dell'Archiginasio di Roma, si vende, a discreto prezzo, l'apparecchio per l'ispirazione dell'Etere solforico...". A Roma, dunque. Dapprima prove su animali poi, dopo modifiche alla maschera (prof. Bertoja), nelle sale operatorie (con il con-

senso del prof. Ratti e del chirurgo prof. De Marchis).

Sia gli americani sia gli inglesi usavano strumenti "in comune". Erano costituiti da palloni o vasi di vetro contenenti spugne imbibite

di Etere solforico attraversate da aria che entrava attraverso un tubo di vetro più lungo che raggiungeva il fondo del recipiente. L'aria usciva poi attraverso un tubo di vetro più corto ed arrivava alla bocca del paziente. I due tubi di vetro attraversavano un tuoracciolo posto a chiusura del recipiente; in un altro apparecchio il recipiente stesso di vetro aveva due aperture superiori per l'entrata e l'uscita dell'aria.

Il dottor Alfredo Gabriele cita poi il "Contemporaneo" del 1° aprile 1847: "Etere solforico sperimentato a Roma", una particolareggiata descrizione del cav. Prof. Baroni: "Eseguii l'operazio-

ne in mia casa il 6 marzo corrente, presenti ed assistendomi i signori dottori Maggiorani, Pantaloni, Alessi Rasinelli ed il farmacista signor Frezzolini". L'8 maggio 1847 fu diffusa la notizia di un'"operazione chirurgica con eterizzazione". Anche qui, come la prima volta a Londra, si trattò dell'amputazione di un arto inferiore.

Altri casi si registrarono, tutti a Roma, a testimoniare che il nuovo metodo di anestesia era entrato a far parte del bagaglio tecnico dei chirurghi.

Conclude Alfredo Gabriele:

"... l'arrivo a Roma dell'Etere solforico, per le sue applicazioni in campo medico, non si verificò con molto ritardo rispetto alle altre capitali d'Europa; ma le difficoltà nella somministrazione nonostante la fabbricazione di apparecchi simili agli altri, già in uso altrove, determinarono interesse e qualche insuccesso nei risultati. La celerità o destrezza dei chirurghi sopperiva in qualche modo agli insuccessi ed adeguava comunque la durata dell'intervento a quella dell'anestesia". Complimenti! ■

G. Cris

**Un'interessante
scoperta
non soltanto
per la chirurgia**

**Maschere
modificate
e via con gli
interventi**

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

ESSERE O APPARIRE

Enrico Girmenia sostiene che il narcisismo stia conoscendo una fase di decisa espansione perché è sicuramente influenzato dal particolare sviluppo che hanno assunto i costumi e i comportamenti del mondo moderno. Oggi, infatti, la società dei consumi e delle libertà individuali ha favorito l'emergere di tendenze edonistiche e di tipologie caratteriali che tendono a creare dei legami interpersonali labili e a vivere con superficialità la vita emotiva e relazionale. Dietro questa patologia psichica, che è un disturbo dell'autostima, non è difficile leggere la difficoltà, per chi ne è affetto, di riuscire a dare un senso e un significato alla propria esistenza. Raggiungere questo traguardo, cosa già difficile per tutti in un'epoca come la nostra, diventa impossibile per il narcisista. In questo lavoro l'autore ricerca l'origine del narcisismo, indaga sui fattori che influenzano la diffusione della malattia che ha raggiunto proporzioni epidemiche, ne studia le cause sociali e culturali e indica che cosa la psicoterapia ad indirizzo analitico si prefigge di ottenere per questi pazienti e con quali strumenti.

Enrico Girmenia
"ESSERE O APPARIRE"
 Armando Editore, Roma
 pp. 112, € 14,00

EXERCITATIO ANATOMICA DE MOTU CORDIS ET SANGUINIS IN ANIMALIBUS

In occasione delle celebrazioni per il quarto centenario della laurea di William Harvey all'università di Padova, la collana Rara Medica, ha ristampato in facsimile, con relativa traduzione in italiano curata da Giuseppe Ongaro, il testo latino del 1628 con il quale venne divulgata la scoperta della circolazione del sangue. La scoperta era stata preparata da precedenti ricerche anatomi-

che, ma fu a Padova, dove si laureò nel 1602, che vennero forniti a Harvey gli strumenti dottrinali e sperimentali per elaborare la dimostrazione della circolazione del sangue. Il volume, che riscosse all'epoca un enorme interesse scientifico è ora una ricercata rarità bibliografica della quale sono rimasti soltanto 58 esemplari in tutto il mondo. Quest'opera, che ha segnato una svolta decisiva nello sviluppo delle scienze biomediche e risulta essere una delle più ricercate dai bibliofili, troverà in questa ristampa un posto d'onore nella libreria di ogni medico colto.

Guglielmo Harvey
"EXERCITATIO ANATOMICA DE MOTU CORDIS ET SANGUINIS IN ANIMALIBUS"
 Mediamed Ediz. Scientifiche, Milano
 pp. 164, € 65,00

LA MEDICINA COMPLEMENTARE NELLA PRATICA CLINICA

Le dottoresse Luisa Merati e Barbara Mantellini hanno curato, ad uso dei medici, la preparazione di una guida agile e pratica basata sull'esperienza del Centro di medicina psicosomatica dell'Ospedale S. Carlo Borromeo di Milano. La medicina psicosomatica, che negli ultimi anni è andata sempre più diffondendosi come alternativa alla medicina ufficiale, considera l'individuo come una realtà unica e irripetibile e il sintomo come un messaggio da interpretare e del quale bisogna far prendere coscienza al paziente in vista di una terapia adeguata. Il volume è diviso in due parti. La prima comprende le cure utilizzate dal Centro sulla base delle diverse pratiche mediche complementari quali: la dietoterapia, la fitoterapia, l'omotossicologia, l'omeopatia, i Fiori di Bach, l'agopuntura, la riflessoterapia, il Reiki e l'ipnosi. Nella seconda sono elencate in ordine alfabetico 90 patologie con i rimedi proposti dalle di-

In breve

Eugenio Morelli
 GIORNO DOPO GIORNO

Le brevi osservazioni raccolte in questo libriccino rappresentano un'ulteriore conferma dell'attenzione che l'autore ha per le vicende dei tanti "signor nessuno" i quali conducono la propria esistenza nell'anomato e forse nell'inconsapevolezza del significato e del valore del proprio vissuto. Con i suoi scritti si rivela estimatore di quella poesia, di quegli eroismi, di quella sofferenza e di quella sopportazione che vanno a formare il grande libro, non scritto, dell'umanità sconosciuta.
 Casa Editrice Menna, Avellino
 pp. 46, € 5,00

Paolo Zoli
 PERIPLO PERICOLI E PERIPEZIE DI PINOCCHIO: racconto teatro & laberinto a scatole cinesi inestricabile
 Il nuovo impegno letterario di questo autore dalla prosa poetica e piena d'inventiva e dal linguaggio arcaicizzante, racconta l'incredibile storia di Pinocchio che, divenuto giovanotto, approda sulle coste del Sud America. Anche questo libro interesserà il lettore amante delle citazioni letterarie, dell'interpretazione delle lingue antiche e del piacere di confrontarsi con diversi dialetti e parlate romanze.
 Pàtron Editore, Bologna
 pp. 213, € 14,00

Giorgio Bertolizio
 LE GRANDI IELLATE DI NOME MARIA
 Questa nuova e originale ricerca storica è incentrata sulla vita di cinque regine: Maria la Sanguinaria, Maria Stuarda, Maria Antonietta, Maria Luigia D'Asburgo e Maria D'Aragona. Il libro ricostruisce l'ambiente dinastico di queste donne avversate dalla sorte e descrive con dovizia di particolari e di notizie inedite i fatti storici in cui sono state coinvolte, nonché i personaggi che hanno ruotato intorno a loro e che sono stati colpiti da altrettanta sfortuna.
 Edizioni Clandestine, Marina di Massa
 pp. 310, € 12,00

Boris Guinzbourg, Andrea Lucca
 AQUANANDA
 Acquaticità per bambini
 Gli autori, l'uno matematico ed esperto di cibernetica, l'altro pediatra e fitoterapeuta, propongono un metodo per la preparazione all'acquaticità dei bambini, fin dai primi mesi di vita. Il testo, di facile lettura e illustrato da numerose immagini fotografiche, propone otto tappe di avvio all'acquaticità dei piccini, i giochi acquatici che ne facilitano l'acquisizione, le attenzioni e le precauzioni cui attenersi in questa pratica, nonché i vantaggi fisici e psichici che ne derivano.
 Tecniche Nuove, Milano
 pp. 85, € 11,90

verse terapie. Alla composizione della guida hanno collaborato i dottori Damiano Abbate, Silvana Armitano, Flavia Barbagelata, Elisabetta Cofrancesco, Maria Grazia Parisi, la naturopata Grazia Ensabella e la psicoterapeuta Marisa Porreca.

Luisa Merati, Barbara Mantellini
**"LA MEDICINA COMPLEMENTARE
 NELLA PRATICA CLINICA"**

Masson S.p.A. Milano
 pp. 481, € 65,00

VITA DI CHIRURGO

In questo libro Walter Montorsi racconta la sua vita professionale e quella della sua famiglia. Il racconto della sua vita familiare è la vera novità contenuta in questo lavoro perché relativamente alla sua professione, almeno nell'ambito della scuola del suo maestro di Farmacologia, Emilio Trabucchi, e della scuola di Chirurgia del suo maestro Guido Oselladore, molto egli aveva già pubblicato in resoconti, in riviste specializzate e in due appositi volumi.

In queste pagine, nelle quali viene rievocato un mondo ormai sparito, acquistano invece particolare significato gli argomenti personali, i commossi ricordi della sua infanzia a La Pozza di Maranello, il paese d'origine della numerosa famiglia dei Montorsi. Poi il collegio, la guerra, l'avventura partigiana, la laurea in medicina, il trasferimento a Milano e, ovviamente, l'inizio della sua attività professionale, con le relative difficoltà e i meriti successi.

Una significativa testimonianza di chi ha vissuto un'esperienza medica e personale ricca di impegni e di successi degni di essere ricordati a chi intraprende questa professione.

Walter Montorsi
"VITA DI CHIRURGO"
Editori Laterza, Roma-Bari
 pp. 180

SAPER ASCOLTARE, SAPER COMUNICARE

Il grande sviluppo raggiunto dalla medicina negli ultimi decenni, la diffusione degli esami clinici e di laboratorio nonché la proliferazione delle specializzazioni, ha fatto sì che l'attenzione del medico sia stata distolta dalla persona ammalata per farla rivolgere quasi esclusivamente sul sintomo o sull'organo colpito. Si è così gradualmente

svilito il rapporto fra il medico e l'infermo. Oggi però il maggiore livello di consapevolezza acquisito dai pazienti ha fatto riscoprire ai medici l'importanza di ricondurre il loro rapporto con l'ammalato ad una dimensione di maggiore vicinanza e considerazione. Il problema diventa poi particolarmente sentito quando si ha a che fare con gli ammalati di tumore.

Gli autori, l'oncologo Guido Tuveri, che ha curato i lavori, e i colleghi Mauro Giusto e Francesco Laveder assieme alle psicologhe Gianelda Catello, Enza Galante e Monica Minetto, hanno voluto fornire con questo volume una utile guida per riflettere sugli aspetti psicologici del rapporto con i pazienti e per imparare a comunicare adeguatamente con loro e con i loro familiari.

Guido Tuveri
**"SAPER ASCOLTARE,
 SAPER COMUNICARE"**

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
 pp. 169, € 14,00

ESSERE GENITORI IL PIÙ "FACILE" DEI MESTIERI

Claudio Bellecca, pediatra, naturalista, omeopata, psicosomatista, floriterapeuta e kinesiologo, conduce da anni seminari teorico-pratici sulla comunicazione tra genitori e figli.

Quanto riportato in questo manuale è basato su una sua personale rielaborazione degli autorevoli insegnamenti ricevuti e rappresenta il risultato di attente osservazioni, di entusiasmanti intuizioni e delle esperienze accumulate in tanti anni di pratica professionale e tutto è stato provato e vissuto personalmente. Il mestiere di genitore è stato definito provocatoriamente "facile" da Bellecca, perché egli ritiene difficile, o addirittura impossibile solamente ciò che non si conosce o non si ha voglia di conoscere. Il suo libro è pertanto rivolto a quanti abbiano sinceramente voglia di riuscire in questo mestiere ritenuto, secondo un detto comune, difficile. Cosa c'è infatti, egli si chiede, di difficile nell'accarezzare o abbracciare un bambino? Quale difficoltà c'è nel sapergli sorridere o nel dirgli ti amo?

Claudio Bellecca
**"ESSERE GENITORI:
 IL PIÙ "FACILE" DEI MESTIERI"**
 Copyright dell'autore,
 Tel 06.5576138, 347-1411312

In breve

Luciano Sterpellone COME VIVERE BENE E MANTENERSI IN FORMA

Un libro che insegna in modo semplice ed efficace le norme essenziali da seguire per vivere sani e prevenire l'insorgenza di malattie che sarebbe poi difficile curare. Non aumentare di peso, mantenersi in forma, prevenire il diabete o l'infarto, alimentarsi in modo corretto, aver cura del proprio corpo possono sembrare cose difficili, ma dipendono in gran parte da noi e questo manuale insegna come riuscirci.
 Newton & Compton Editori, Roma
 pp. 281, € 12,00

Patrich Avalon IL MISTERO DI RASPUTIN

È la storia di Giulia, una giovane donna che si trova a vivere, come in sogno, una realtà che la coinvolge, piena di avventure, sfide estreme e pericoli per riuscire a risolvere un complesso enigma: l'ultimo segreto di Grigorij Efimevic Rasputin. Alla narrazione delle emozionanti vicende che porteranno la giovane in giro per l'Europa l'autore intesse i suoi insegnamenti miranti alla crescita della personalità e alle potenzialità dell'individuo.

Capodarco Fermano Edizioni
www.ilmisterodirasputin.it

Giovanni Barresi STORIE D'ARMI E D'AMORE

In questi racconti brevi, che si leggono tutti d'un fiato, vi è un elemento comune, un leitmotif nascosto: l'amore, sia quello per le donne, sia quello per i minimi particolari delle realtà cui si ispira l'autore. Ciò contribuisce a dare un carattere unitario alla raccolta, ma la piacevolezza della lettura è data dalla essenzialità del linguaggio e dalla varietà e diversità delle storie che si concludono spesso con un finale a sorpresa.

Renzo e Xenia Mazzone Editori, Palermo
 pp. 115, € 13,00

Stefano Pellicanò PROFILASSI DELLE MALATTIE DEL VIAGGIATORE

L'attuale incremento dei viaggi internazionali impone la necessità che sia il medico, sia il turista abbiano una corretta conoscenza dei rischi cui può andare incontro chi si reca in paesi lontani. Questo manuale fornisce ad entrambi le regole da rispettare in occasione della partenza, del soggiorno e del rientro nel luogo di provenienza ed è completato dai consigli dietetici della dietista Renata Calzone.
 Calzone Editore, Crotone
 pp. 81, € 5,50

< Pubblicità >

"Congressi, Convegni, Corsi"



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.



Associazione Calatina Medici di Base e Pediatri di Libera Scelta

Mano artrosica, diagnosi e trattamento

22 aprile, Sala Convegni Hotel Villa S. Mauro, via Portosalvo, 30 Caltagirone

Presidente del convegno: dott. Vittorio Privitera

È stata fatta formale richiesta al ministero della Sanità per l'accreditamento ECM

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott. Giuseppe Internullo Tel./Fax 0933-26027 cell. 330-406367 e.mail: internullo.g@virgilio.it

Associazione Italiana Otorinolaringoiatri Libero Professionisti

Medicina delle evidenze cliniche in ORL

27-29 aprile, Accademia Europea EURAC, viale Druso, 1 Bolzano

Presidente onorario: Italo Serafini

Presidenti: D. Celestino, R. Fustos, M. Ghirlanda

Comitato Scientifico: D. Celestino, R. Fustos, E. Sartarelli, S. Urbini

È in corso di accettazione la richiesta per l'accreditamento ECM per le categorie Medici

Informazioni: Segreteria Organizzativa

High Style Medical Congress Service, piazza Mazzini, 43 39100 Bolzano

Tel. 0471-285400 Fax 0471-284477 e.mail: info@highstyle.it sito web: www.highstyle.it

Azienda Ospedaliera di Salerno "Ospedali Riuniti S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona"

Il paziente con tosse cronica

27 aprile, Auditorium A. Scozia, Salerno

Presidente: prof. Giuseppe Perillo

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott. Sergio Poto, S. C. Malattie dell'Apparato Respiratorio e.mail: sergio.poto@sangiovannieruggi.it

Segreteria Organizzativa

Top Congress & Incentive Travel Salerno Tel. 089-255179 Fax 089-5647017 e.mail: congressi@topvacanze.it

Ettore Majorana Foundation and Centre for Scientific Culture International School of Urology and Nephrology

Focus on prostate cancer

20-23 april, Erice Italy

Director of the school: Michele Pavone-Macaluso

Directors of the course: Giuseppe Martorana, Gigliola Sica

Informazioni: Organising Secretariat

E.DI.PO. s.r.l. via Libertà, 103 90143 Palermo Tel. +39091343120 +39091340255 Fax +39091340440

e.mail: edi.po@tiscali.it info@edipocongressi.com sito web: http://www.edipocongressi.com

Università Cattolica del Sacro Cuore

Chirurgia laparoscopica per chirurghi generali

Tre edizioni

20-21-22 aprile, 22-23-24 giugno, 26-27-28 ottobre, Roma

Direttore scientifico: prof. Ignazio Massimo Civello

Coordinatore: dott. Roberto Tacchino

ECM: La Commissione nazionale per la formazione continua ECM ha accreditato il presente corso

assegnando 24 crediti formativi per i medici partecipanti

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott. Maurizio Foco, dott. Daniele Matera

Tel. 06-30155398 Fax 06-30156091 e.mail: mfoco@chirurgia3gemelli.org e.mail: dmatera@chirurgia3gemelli.org

Segreteria Organizzativa

Servizio Formazione Permanente Tel. 06-30154886 06-30155146 Fax 06-3055397

e.mail: dsefm@rm.unicatt.it sito web: http://www.rm.unicatt.it/formazionepermanente/laparoscopicsurgery

Management del paziente respiratorio

28-29 aprile, Centro Congressi New Europe Hotel, Napoli

Organizzatori: G. D'Amato, M. Cazzola

Il corso seguirà le procedure per ottenere l'autorizzazione presso il ministero della Salute per l'attribuzione dei crediti di ECM

Informazioni: Segreteria Scientifica

C. De Giglio, G. Liccardi, G. Lobefalo, L. Manfredi, P. Noschese, A. Piccolo, M. Russo, A. Salzillo

Segreteria Organizzativa

iDea Congress, via della Farnesina, 224 00194 Roma

Tel. 06-36381573 Fax 06-36307682 e.mail: info@ideacpa.com sito web: www.ideacpa.com

Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

Movimento ed autonomia: valutazione e tecniche

4-8 giugno, Palazzo dei Congressi, Firenze

Informazioni: MediK via Forcellini, 170/a 35128 Padova

Tel. 049-8033650 Fax 049-8033652

e.mail: segreteria.organizzativa@medik.net

Iscrizioni on line sito web: www.medik.it

Chirurgia protesica del ginocchio

7 aprile, Sala 5 Vega Centro Commerciale Sarca, Milano

ECM: Il corso ha ottenuto n 6 crediti formativi per medici ortopedici e radiologi

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Keyword Europa

via Benvenuto Cellini, 4 20129 Milano

Tel. +39 02 54122513/711/79 Fax +39 02 54124871

e.mail: keyword1@mdsnet.it

Associazione Medica Italiana Ecologia Clinica

Nutrizione olistica

12-13-14 maggio, Hotel Pietra di Luna, Costiera Amalfitana Maiori (SA)

L'evento è in valutazione presso il ministero della Salute per l'attribuzione dei crediti ECM

Informazioni:

Segreteria Congressi Natural s.r.l.

viale Ippocrate, 93 00161 Roma

dott.ssa M. Grant

tel. 06-49380793 Fax 06-44700188

e.mail: congressi@naturalroma.it natural.roma@flashnet.it

sito web: www.naturalroma.it





Università di Roma 'Tor Vergata'

Agopuntura clinica

Anno Accademico 2006-2007

Durata: Il Master è articolato in cinque moduli sviluppati in 3 anni. I primi tre moduli affrontano lo studio della fisiologia, della patologia e della clinica. Il quarto e quinto modulo prevedono esperienze pratiche ambulatoriali sotto la supervisione di tutors. Alla fine del terzo anno, al raggiungimento dei crediti prefissati e previo esame di profitto, verrà rilasciato l'attestato finale del Master in Agopuntura Clinica.

La frequenza al Master, coerente all'ordinamento universitario, consente l'assolvimento dei crediti formativi ECM previsti per medici e odontoiatri.

Informazioni: Segreteria Scientifica

Tel. 06-5816789 Fax 06-5818610 e.mail: segreteria@omoios.it

Società Italiana di Medicina e Chirurgia Estetica

Liporiduzione non chirurgica tramite soluzioni di fosfatidilcolina

22 aprile, Divisione Didattica VALET, Bologna

Docente: dott. Pasquale Motolese

Programma: Le soluzioni di fosfatidilcolina; PEFS, Adiposità localizzata ed abitus ginoide; Intralipoterapia e protocollo liporemodel; Il trattamento della regione peritrocanterica (roulotte de cheval); Il trattamento della ginecomastia; Il trattamento dell'addome e dei fianchi; Il trattamento dell'interno cosce e del ginocchio;

Il trattamento degli arti superiori; Il trattamento del doppio mento e delle borse adipose palpebrali; Aspetti medico legali.

Durata: 1 stage di 8 ore

ECM: evento in fase di accreditamento

Informazioni:

Segreteria Organizzativa VALET s.r.l.,
via dei Fornaciai, 29/b 40129 Bologna
Tel. 051-6388334 Fax 051-326840 e.mail:
info@valet.it sito web: www.valet.it

Università di Napoli 'Federico II'

Emergenza cardiologica

18-20 maggio

DAL BLS-D ALL'ACLS

8 giugno – 13 settembre – 25 ottobre – 29 novembre

BLS-D - Corso teorico pratico alla defibrillazione cardiaca precoce semiautomatica

9-10 giugno 14-15 settembre 26-27 ottobre
30 novembre-1 dicembre

ACLS - Corso teorico pratico nelle emergenze cardiologiche

26 maggio

SINCOPE

6 luglio

PBLS-D

12-13 ottobre

ELETTROCARDIOGRAFIA D'URGENZA

16 novembre

RETRAINING BLS-D

23 novembre

SCOMPENSO CARDIACO

Informazioni: Segreteria Scientifica

Cattedra di Cardiologia Policlinico Universitario
Federico II di Napoli
Tel. 081-7462264 Fax 081-7462229

Segreteria Organizzativa

NABI s.r.l., corso Vittorio Emanuele, 121 80121
Napoli - Tel. 081-668046 Fax 081-7614704

La Fondazione Ca' d'Industria - Istituto Geriatrico Como

La cura dell'anziano

13 maggio, Fondazione Ca' d'Industria, via Brambilla, 61 Como

Responsabile scientifico: dott. G. Bigatello

Sono stati richiesti crediti ECM per medici, infermieri, fisioterapisti

Argomenti:

Relazione con il demente; Cure di fine vita; Accanimento terapeutico e ipermedicalizzazione; Problemi connessi al ricovero in terapia intensiva e all'utilizzo del pronto soccorso.

Informazioni:

Segreteria Scientifica

dott. Giovanni Bigatello

Tel. 031-523385

e.mail: g.bigatello@tiscalinet.it

Segreteria Organizzativa

sig.ra Stefania Rivolta Tel. 031-2971

e.mail: ragioneria@cadindustria.it

Il dolore nella chirurgia dell'anca e del ginocchio

28-29 aprile, Hotel Villa Pamphili Sala Pamphili Borghese, via della Nocetta, 105 Roma

Presidente: prof. Alfredo Carfagni

Coordinamento scientifico: dott. F. D'Imperio, dott. P. De Stefanis, dott. M. Rendine

Richiesti crediti ECM

Informazioni:

Segreteria Organizzativa

T.R. s.r.l., via Leone XIII, 95 00165 Roma

Tel. 06-39870285 Fax 06-39870287

e.mail: mariamichela.magri@gruppotiempo.it



Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Tecniche di osteosintesi nelle fratture dell'arto superiore

8-9 maggio, CIC, via Moscatti, Roma

Direttore: prof. F. Catalano

Coordinatore: prof. F. Fanfani

Il corso è accreditato presso il ministero della Salute nell'ambito del programma ECM

Informazioni: Segreteria Organizzativa Servizio Formazione Permanente Congressi U.C.S.C.

Tel. 06-30154886 06-30155146 Fax 06-3055397 e.mail: bscanga.congressi@rm.unicatt.it

Segreteria Scientifica dott. Lorenzo Rocchi, dott. Antonio Merolli

Sezione di Chirurgia della Mano, Complesso Integrato Columbus cell. 338-3556571 328-3175544

Società Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi

Psicoterapia ed ipnosi medica biennio superiore terzo e quarto livello

Primo seminario: sabato 13 e domenica 14 maggio

Secondo seminario: sabato 10 e domenica 11 giugno

Terzo seminario: sabato 23 e domenica 24 settembre

Quarto seminario: sabato 25 e domenica 26 novembre

Sede: Starhotel Excelsior, via Pietramellara, 51 Bologna

È stata inoltrata al ministero della Salute l'attribuzione crediti formativi ECM

Informazioni: S.M.I.P.I. Società Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi

via Porrettana, 466 40033 Casalecchio di Reno (BO) Tel. 051-573046 Fax 051-932309

e.mail: inedita@tin.it sito web: www.smipi.it

Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani – Ordine Mauriziano

Chirurgia epatica

10-12 maggio, Aula Carle, ASO Ordine Mauriziano di Torino, largo Turati, 62 Torino

È stata effettuata richiesta di accreditamento ECM presso il ministero della Salute

Informazioni: Segreteria Scientifica R. Polastri, H. Bouzari, A. Ferrero, A. Muratore

S.C. Chirurgia Generale I, Ospedale Mauriziano Umberto I largo Turati, 62 10128 Torino

Tel. 011-5082590/591 Fax 011-5082592

e.mail: chirurgia1@mauriziano.it

Segreteria Organizzativa M.A.F. SERVIZI s.r.l.

Div. Congressi, corso Svizzera, 185 10149 Torino

Tel. 011-505900 Fax 011-505976

Anna Botto e.mail: abotto@mafservizi.it

Iscrizioni

Daniela Toscano e.mail: dtoscano@mafservizi.it

I Congresso Regionale 'Sezione Lazio-Molise'

Società italiana di medicina interna

3-4 maggio, Sala Convegni C.N.R., Roma

Presidente del convegno: prof. Claudio Di Veroli

Sono stati assegnati n 5 crediti formativi ECM per la giornata del 3 maggio

Informazioni: Segreteria Organizzativa

AGENFORM s.r.l., viale I Maggio, 18 05019 Orvieto (TR)

Tel./Fax 0763-390027 e.mail: info@agenform.com

Ecografia epatogastroenterologica

1-3 maggio, Villa Rufolo,

Ravello, Costiera Amalfitana

Presidente: prof. U. Parmeggiani

Direttore del corso: dott. L. Tarantino

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Art & Culture Enterprise Corporation

via Monte Brusara, 19/A 84010 Ravello (SA)

Tel./Fax 800 032 634

e.mail: artandculture@hotel-ravello-congressi.it

congressi@hotel-ravello-congressi.it

Segreteria Scientifica dott. Ignazio Sordelli

cell. 338-5404037 e.mail: ignazio.sordelli@virgilio.it

Doppler transcranico in ambito neurointensivo

3-4-5 maggio, Lecco

Direttore del corso: prof. C. Martini

Obiettivo: far acquisire i fondamenti teorici e pratici per eseguire il Doppler transcranico sui pazienti neurointensivi

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott. F. Lusenti Dip. Neuroscienze AO Lecco - Tel. 0341-489284 Fax 0341-489978

e.mail: lusenti.f@alice.it

Segreteria Organizzativa

Ufficio Formazione AO Lecco

Tel. 0341-489087 Fax 0341-253054 - e.mail: formazione@ospedale.lecco.it

Approccio psicologico all'infanzia

Il corso si articola in 8 giornate, nel periodo 11 maggio - 26 ottobre per un totale complessivo di 52 ore presso il Centro TIAMA, via Pacini, 20 Milano

Si intende offrire a psicologi e neuropsichiatri infantili l'opportunità di confrontare e rivedere le proprie prassi valutative con pazienti in età evolutiva, alla luce delle nuove conoscenze sui funzionamenti psichici introdotte da recenti studi neurofisiologici sullo sviluppo della mente e dell'utilizzo di nuovi strumenti diagnostici. È prevista l'attribuzione di crediti formativi ECM

Docenti: Marinella Malacrea neuropsichiatra e psicoterapeuta

Cesira Di Guglielmo psicologa psicoterapeuta

Cristiana Pessina neuropsichiatra e psicoterapeuta

Informazioni:

Segreteria Organizzativa Centro TIAMA, via Pacini, 20 20131 Milano

Tel. 02-70633381 Fax 02-70634866

e.mail: tiama@galdus.it

maggiori dettagli sul sito:

www.centrotiama.it

Rinologia medica

8-9 maggio

Sede del corso:

Le sessioni teoriche e la verifica dell'apprendimento si svolgeranno presso il Centro Medico Culturale Marani dell'Ospedale Civile Maggiore di Verona

Le sessioni pratiche si terranno presso le UU.OO. di Allergologia e di ORL per quanto riguarda l'Endoscopia Nasale, presso il Laboratorio Analisi per la Citologia Nasale e presso l'U.O.

di Neuroradiologia per l'Imaging Radiologico
Accreditamento ECM richiesto

Direttori del corso:

Franco Barbieri

Gianenrico Senna

Informazioni: Segreteria Scientifica

P. Bonadonna, B. Caruso,

C. Le Pera, M. Schiappoli

Segreteria Organizzativa

Update International Congress s.r.l.

via dei Contarini, 7 20133 Milano

Tel. 02-70125490 Fax 02-700503943

e.mail: segreteria@updateintcong.it

Unità Operativa di Allergologia

Ospedale Civile Maggiore

piazzale Aristide Stefani, 1 37126 Verona

Tel. 045-8072347-3526 Fax 045-8072048

e.mail: info@allergyverona.it ecm@aaito.it

siti internet: www.allergyverona.it www.aaito.it





Vescica neurologica

6 maggio, Sala Congressi dell'A.O. "Ospedale Santa Corona"
via XXV Aprile, 38 Pietra Ligure (SV)

Informazioni:

Dr.ssa Peralto Paola
Gestione e Formazione
Risorse Umane Ospedale Santa Corona
Tel. 019/623.5870

Azienda Ospedaliera Fatebenfratelli e Oftalmico – Milano

Osteoporosi e disabilità

12 maggio, Auditorium Angelicum, p.zza Sant'Angelo, 2 Milano

Presidente onorario: prof. G. Peretti

Presidente del corso: dott. A. De Amicis

È in corso la richiesta di accreditamento ECM

Informazioni:

Segreteria Scientifica

V. Galmarini Tel. 02-6363.2483/2473 - e.mail: valter.galmarini@poste.it

Segreteria Organizzativa

Stefania De Maio c/o Collegio dei Primari A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico
Tel. 02-63632711 cell. 335-5491753 e.mail. s.demaio@tiscali.it

Associazione ECMCalabria

Sindrome metabolica: approccio multidisciplinare al problema dell'obesità

27-28 maggio, Reggio Calabria (RC)

Coordinamento scientifico: dott. Gaetano Rizzo

In corso di accreditamento ECM

per medici e biologi

Informazioni: Modulistica sul sito:

www.sanitaonline.info

o richiederla via e.mail: ecm2003@libero.it

Fax 0965-9931171

Urgenze in chirurgia pediatrica

5-6 maggio, Centro Congressi

Università Cattolica del Sacro Cuore,
largo Francesco Vito, 1 Roma

Direttore del corso: dott. Claudio Pintus

In corso di accreditamento ECM

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Servizio Formazione Permanente

Università Cattolica del Sacro Cuore

Tel. 06-30154297 06-30154074

e.mail: dsefm@rm.unicatt.it

1st Congress of the International Dermoscopy Society

27th-29th april, Hotel Royal and Continental,

via Partenope, 38/44 Napoli

Informazioni: Segreteria Scientifica

Giuseppe Argenziano, MD Department of

Dermatology Second University of Naples

e.mail: giuseppe.argenziano@unina2.it

Segreteria Organizzativa

Edra spa, Medical Publishing and New Media

viale Monza, 133 20125 Milano

e.mail: ids2006@edraspa.it sito web:

www.dermoscopy-ids.org

Società Italiana di Medicina Chirurgia Estetica

Terapie antalgiche agopunturali

27-28 maggio 3-4 giugno, Divisione Didattica VALET, Bologna

Docente: dott. Franco Paolini

Durata: 2 stage di 12 ore

ECM: evento in fase di accreditamento

Informazioni: Segreteria Organizzativa VALET s.r.l., via dei Fornaciai, 29/b 40129 Bologna
Tel. 051-6388334 Fax 051-326840 e.mail: info@valet.it sito web: www.valet.it

Chirurgia e riabilitazione del pavimento pelvico

21-22 aprile, Mediterranea Hotel, Salerno

Direttori del corso: D. De vita, G. Docimo

Presidenti onorari: A. Chiantera, I. Docimo, I. Spreafico

Presidenti: G. Auriemma, E. Piccione, F. Sirimarco

Coordinatori scientifici: G. Santinelli, A. Tolino

Il corso è stato accreditato dalla Commissione ECM per il programma di formazione continua del ministero della Salute

Informazioni: Segreteria Scientifica M. Clavenna, A. Cupo, M. Guana, D. Lullo, C. Muccione

Segreteria Organizzativa S.P.I.G.C - Società Polispecialistica Italiana dei Giovani Chirurghi

D. De Vita, C. Talarico, D. Lullo

Indirizzo Postale Davide De Vita, via Palermo, 29 Battipaglia 84091 Salerno

cell. 339-8503997 Fax 0828-793297 0828-672074

e.mail: davidedevita@tiscali.it siti web: www.spigc.it www.aiug.it

Il Congresso Nazionale

Società Italiana di Odontostomatologia protesica e implantoprotesi

12-13 maggio, Auditorium Centro Congressi CBA Ospedale San Martino

largo Rosanna Benzi, 10 Genova

12 maggio, corsi pre-congressuali

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Sezione di Clinica Odontoiatrica - Servizio di Protesi Dentaria

Università degli Studi di Genova Pad. 4

Ospedale San Martino - largo R. Benzi, 10 16132 Genova

sig.ra Simona Gasparini

Tel. 010-3538404 Fax 010-3537584

Università degli Studi di Bologna –
Malta College of Pathologist

Problems in breast pathology

6th may, Hilton Malta Hotel Portomaso

St. Julian's PTM01, Malta

Course Director: prof. J.G. Azzopardi

Information: Scientific Secretariat

Doctor James De Gaetano

Pathology Dept., St. Luke's Hospital

Gwardamangia, Malta

Phone 00356 259 51177

e.mail: james.degaetano@gov.mt

prof. Vincenzo Eusebi

Sezione Anatomia Patologica,

Ospedale M. Malpighi Bologna, Italy

Organizing Secretariat for Italians

ACX Corporate s.r.l.

strada Rovereta, 42 47891 Rovereta

(RSM)

Phone (+378) 0549-941469

Fax (+378) 0549-973633

e.mail: congressi@acxcorporate.sm

web site: www.acxcorporate.sm



"Percorsi" di medicina generale

Nel panorama sanitario attuale sembrerebbe che la medicina abbia trovato, con gli inevitabili progressi dovuti anche alle acquisizioni scientifiche, applicazioni divergenti e addirittura contrarie; le une foriere di scontri anche a livello teorico sui ruoli e le competenze delle varie branche della medicina e le altre felici e benefiche in quanto capaci di offrire all'utenza dei percorsi razionali sui vari iter diagnostici e terapeutici. Questo è il succo di una parte della prefazione che il prof. Mario Conderelli ha scritto, con amichevole spontaneità, al libro che Giuseppe Del Barone e Salvatore Marotta, entrambi medici di medicina generale, hanno meticolosamente confezionato per la C.G. Edizioni Medico Scientifiche.

Un lavoro scientifico dunque, dove però non vengono dimenticati gli aspetti umani e umanitari della professione più bella del mondo. Sfilano di fronte agli occhi attenti del lettore lo sviluppo in proiezione delle conoscenze in campo epidemiologico, i problemi della bioetica, le banche dati inserite in una ricerca territoriale.

Gli Autori riescono con semplicità a evitare di innescare una errata battaglia di competenza che reca immensi danni al già purtroppo intricato mondo della Sanità tra le varie specialità medico chirurgiche e la medicina generale.

Del Barone e Marotta, a quest'ultimo proposito, avanzano il timore di aver ingigantito troppo la Medicina generale, di averla resa, forse, una branca così

bella, così varia, così interessante che nonostante le offese che quotidianamente riceve da normative, da eccessi di burocratizzazione, da malcalcolati intendimenti economicistici, "traspare come una bellissima donna, che nonostante la fatica quotidiana che la vita impone, riesce a manifestare tutto il suo fascino, tutti il suo sublime e dolcissimo temperamento".

Si può affermare, leggendo queste parole poetiche, che la lettura del libro può procurare, nonostante la serietà del titolo, anche un vero piacere intellettuale oltre che scientifico.

Del Barone G, Marotta S.
Argomenti di Medicina Generale

Torino: C.G. Edizioni Medico Scientifiche; 2005. Euro 30,00

Invalidità civile e handicap

L'invalidità civile è un tema a dir poco appassionante, che ci porta, anzitutto, a studiarne i riflessi sul bilancio dello Stato: un onere superiore ai dieci milioni di euro all'anno. Partendo da questa preoccupante certezza, un medico (Antonella Covatta) e un avvocato (Giulio Cimaglia) hanno unito il loro sapere e elaborato oltre trecento pagine per spiegare e offrire al lettore uno strumento completo di facile consultazione sia per coloro (lo asserisce nella presentazione il prof. Paolo Albarello direttore del dipartimento di medicina legale a "La Sapienza") che a vario titolo si occupano della materia, sia "per coloro che comunque, devono risolvere pro-

blemi legati all'invalidità civile e all'handicap".

Il titolo dell'opera è "L'invalidità civile e la tutela della disabilità - soggetti beneficiari, prestazioni, requisiti, valutazione medico legale, provvedimento amministrativo e contenzioso, amministrazione di sostegno". Gli autori, dunque, hanno esaminato i problemi dell'invalidità civile sotto vari punti di vista, affrontandone i vari aspetti anche legati all'introduzione delle nuove normative (abolizione delle Commissioni mediche e Amministratore di sostegno) ed alla conseguente giurisprudenza.

Il libro (Giuffrè editore - euro 27,00) offre definizioni e notizie utili in materia ed è correda-

to da tavole sinottiche riassuntive, nonché da formulari contenenti domande, ricorsi amministrativi e giudiziari. Una pubblicazione che ci piace poter indicare come indispensabile per patronati, associazioni ed enti pubblici, consulenti, avvocati e medici legali.

Covatta e Cimaglia riescono meravigliosamente (e con semplicità) a sviscerare una materia che, prima della lettura della loro fatica, sembrava ostica e, a tratti, quasi incomprensibile.

Cimaglia G, Covatta A.
L'invalidità civile e la tutela della disabilità

Milano: Giuffrè Editore; 2005. Euro 27,00

< Pubblicità >

PIANTA AFRODISIACA DELLE FORESTE AFRICANE

La corteccia di Yohimbe contiene tannini catechici e alcaloidi indolici, dei quali il più importante fu denominato yohimbina, simpaticolitico che inverte gli effetti inibitori dell'adrenalina

di **Carolina Bosco Mastromarino**

Corynanthe Yohimbe Fam. Rubiaceae

La Corynanthe Yohimbe è una pianta arborea che può raggiungere 10-15 metri di altezza e un metro di circonferenza; ha la corteccia di colore rossastro spessa circa un centimetro e caratterizzata da lunghe strie fibrose. La Yohimbe vegeta soprattutto nelle foreste dell'Africa Occidentale (Camerun, Gabon, Congo), dove gli indigeni la impiegavano nelle cerimonie e nei riti orgiastici.

Essi usavano solo la corteccia essiccata, che, staccata dal tronco, veniva ridotta in pezzi e lasciata asciugare al sole per preparare un decotto che bevevano prima delle cerimonie iniziatiche, sicuri che avesse il potere di accrescere la loro virilità.

Le prostitute indigene fecero conoscere la pianta ai colonizzatori europei che la portarono nei loro paesi dove fu attentamente studiata e ne furono scoperti i principi attivi.

La corteccia di Yohimbe contiene tannini catechici e alcaloidi indolici, dei quali il più importante fu denominato yohimbina dal nome della pianta.

La yohimbina, estere metilico dell'acido Yohimbico, è una sostanza cristallina e aghiforme che pare sia in grado di eccitare i riflessi della sfera genitale.

Fin dal 1900, Oberwat e Loewy rilevarono che la yohimbina ave-

va una notevole azione afrodisiaca, Muller attribuì quest'azione ad una stimolazione dell'eccitabilità riflessa dei plessi lombari, mentre altri studiosi l'attribuivano alla vasodilatazione dei distretti vascolari dei genitali esterni.

La Yohimbina è un simpaticolitico che inverte gli effetti inibitori dell'adrenalina. La sperimentazione tende a dimostrare che questo porterebbe anche ad un aumento della lipolisi. La Yohimbina a basse dosi è ipertensiva, mentre a dosi più elevate è ipotensiva poiché è un forte vasodilatatore dei vasi periferici, effetto a cui si fa risalire la tradizionale azione afrodisiaca attribuita alla droga.

Uno studio recente, in doppio cie-

co, evidenzia l'interesse per l'aloide nel trattamento dell'impotenza psicogena. La droga deve essere utilizzata esclusivamente con prescrizione medica, sotto forma di estratto secco titolato in yohimbina, quanto basta per l'assunzione di 5 mg di principio attivo tre volte al giorno.

La yohimbina deve essere usata per brevi periodi ed è controindicata in caso di insufficienza renale, di cardiopatia ischemica, schizofrenia, ipertensione e sindromi ansioso-depressive: proprio questo suo margine terapeutico molto ristretto ne limita molto le applicazioni.

Bisogna, inoltre, tenere conto che sono possibili interazioni con altri farmaci come: Fenotiazina, Clorpromazina, Tiroxina, Efedrina, Caffaina e Naloxone. Gli effetti clinici da iperdosaggio sono: ipertensione arteriosa, tremori, insonnia, palpitazioni ansia (F. Firenzoli, 2001). ■



COLORI DELL'ARCOBALENO e pianta démodé

di Diana Geraldini

L'IRIS

Uno dei fiori più ornamentali per giardini e terrazzi è l'iris. Trae il suo nome da Iris che, secondo la mitologia, era colei che intratteneva i rapporti tra gli dei dell'Olimpo e gli umani. E per recarsi sulla Terra scivolava lungo l'arcobaleno che fu chiamato iri. Saltando a piè pari nel medioevo ritroviamo l'iris per un'altra storia.



Si racconta che Luigi VII, re di Francia, dopo aver condotto una battaglia vittoriosa, vide sul campo una moltitudine di questi fiori. Allora decise di adottare come simbolo regale l'iris. In seguito però ci fu un malinteso: in onore del sovrano il fiore venne battezzato "fleur de Louis", ma fu confuso con il "fleur de Lys" cioè con il giglio. Ecco perché il giglio spodestò l'iris dall'emblema reale cosa che

Una pianta, l'iris, che offre una grande varietà di colori ed un'altra, la Canna d'India, un tempo di gran moda

capitò anche per il simbolo di Firenze, la città del giglio, dove però l'iris viene ancora festeggiato con mostre e coltivazioni spettacolari.

A parte miti, storie ed equivoci, l'iris ci offre uno dei fiori più appariscenti e delicati che la natura (e l'uomo con i suoi incroci) abbia creato. Esso non ha nulla da invidiare alle più nobili orchidee sia come forma sia come colori. Basti pensare che è uno dei pochi fiori i cui i toni vanno dal bianco al nero, passando per una serie di tinte indescrivibili, come il rosso, il rosa, l'arancione, il viola, il marrone, il giallo, il blu, l'azzurro, per non parlare di quelli striati o a doppia o tripla colorazione.

Coltivare gli iris non è difficile, si adattano a tutti i tipi di terreno e non hanno bisogno di eccessive cure. Ne esistono all'incirca trecento specie diffuse nell'emisfero settentrionale, dal circolo polare artico al tropico del Cancro. Diversi tipi nascono spontanei in Italia, soprattutto quelli con i fiori bianchi e azzurri. Gli iris possono essere divisi in due categorie: quelli che nascono dai bulbi e quelli caratterizzati da rizomi, che sono radici a forma di barba. Quest'ultimi sono i più diffusi per quanto riguarda la coltivazione nei giardini in vaso. In

posizione assoluta la pianta dà il meglio di sé, offrendo una maggiore fioritura.

LA CANNA D'INDIA

Un tempo – parliamo della prima metà del secolo scorso – rallegravano i giardini pubblici e privati, le stazioni ferroviarie, le aiole delle piazze cittadine; poi, chissà perché, sono scomparse o quasi. Parliamo della canna d'India o fiorifera. Attualmente sembra che stia uscendo dal dimenticatoio, facendo la ricomparsa nei giardini e nei terrazzi. È originaria dell'America centrale e probabilmente fu ai tempi di Colombo che le venne dato l'appellativo di "indica" perché si riteneva che le nuove terre scoperte appartenessero al continente asiatico. Oggi le specie in vendita sono in numero minore rispetto al passato, quando queste piante erano di moda. Tuttavia quelle ora in commercio sono più appariscenti di quelle di un tempo, poiché i vivaisti sono riusciti a creare ibridi migliori rispetto alle canne originarie, che avevano fioriture quasi sempre di un autentico colore: il rosso.

Attualmente possiamo sbizzarrirci nella scelta dei toni: ci sono piante con i fiori rosso scuro, arancio bordati di giallo, scarlatti, rosa scuro o chiaro, giallo carico, gialli screziati di rosso, bianchi a macchie rosse, bronzei. A seconda delle specie, anche le foglie si diversificano per il colore; possono essere infatti verdi o rosso bruno. La loro altezza va dai 40 centimetri al metro e mezzo ed il fusto è eretto, carnoso. ■



< Pubblicità >

< Pubblicità >

Coniuge malato: nozze annullabili?

Coniuge malato? La Corte di Cassazione, per sgomberare il campo dai dubbi e dai ricorsi inutili, spiega quando è possibile chiedere e ottenere l'annullamento del matrimonio nel caso in cui il partner abbia problemi di salute. Lo fa con la sentenza 4876/06 della Prima sezione civile, nella quale si occupa del caso di un marito che chiedeva l'annullamento del matrimonio perché "viziato da errore essenziale su una qualità personale della consorte". In sostanza, secondo il marito il

matrimonio doveva essere dichiarato nullo perché la consorte era affetta da thalassodrepapnociosi, una malattia che a suo dire richiedeva assistenza continua e immediata nei momenti di crisi del male. Attacchi tanto gravi da non consentire alla moglie di stargli vicino nelle sue trasferte in Svizzera dove lavorava abitualmente. La Suprema Corte, respingendo il ricorso dell'uomo come già aveva fatto la Corte d'appello di Caltanissetta nel gennaio 2003, spiega che "nel sistema delineato dall'art. 122 del Codice civile l'errore essen-

ziale che consente al coniuge l'impugnazione del matrimonio non è collegato al fatto obiettivo della preesistenza di una malattia non rivelata all'altro coniuge, e neppure alle reazioni soggettive che la scoperta di questa può determinare nel coniuge che ne era all'oscuro, ma riguarda esclusivamente il verificarsi di una malattia fisica o psichica di tale gravità da incidere sulle relazioni intersoggettive in generale e da vanificare la vita coniugale in particolare, secondo le normali aspettative del coniuge in errore". ■

pubblicità

Corso di Orto Posturodonzia

▼▼
Per ulteriori informazioni,
per ricevere il programma
completo e per l'iscrizione,
rivolgersi alla Segreteria
Organizzativa



GLM Edizioni

Via Dei Genieri, 153
00143 Roma
Tel. +39.06.50514427
fax 06.233242443

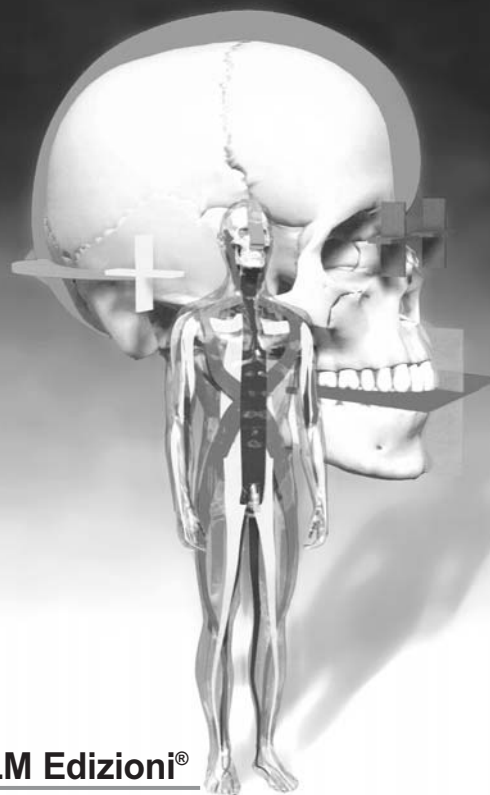
Docenti
Michel Clauzade
J. Pierre Marty

Roma
28-29-30 Aprile 2006

Sede del Corso
Hotel Villa Eur Parco dei Pini
Piazzale Marcellino
Champagnat, 2
00144 Roma

Corso accreditato con
Crediti Formativi ECM
per Odontoiatri

21



GLM Edizioni®
Corsi & Convegni

< Pubblicità >

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".

Siena

Uso del titolo di professore

Il titolo di "Professore" può essere usato dal personale a contratto ai sensi degli art. 25 e 100 del DPR 382/80 e successive modificazioni e integrazioni. Il Consiglio Universitario Nazionale ha aggiunto che i medici, che ai sensi dei citati art. 25 e 100 del DPR 382/80 ricoprono insegnamenti in ambito universitario anche in corsi di laurea concernenti le professioni sanitarie, possono far uso del titolo di professore.

Unica limitazione che incontrano i medici che ricoprono insegnamenti in ambito universitario e ricercatori è che l'uso del titolo è limitato al periodo dell'insegnamento come per altro già si era espresso il Consiglio di Stato con parere n. 1742 del 1985. Per chiarezza e comodità e anche in conformità a quanto deciso dalla Cassazione a Sezione Unite con sentenza n. 870/91 possono far uso del titolo di professore:

- i Professori universitari di ruolo ordinari, straordinari e associati;
- i Professori a contratto ex art. 25 DPR 382/80, ex art. 100 DPR 382/80 ed ex art. 4 DPR 162/82;
- i Liberi Docenti con docenza confermata, ex art. 10 Legge 30 dicembre 1958, n. 1175.

L'uso del titolo di "Professore" dovrà essere autorizzato dalla competente Commissione per la Pubblicità Sanitaria dell'Ordine dei Medici, così come previsto dalla 175/1992.

Piacenza

Rimborso dell'IVA

anche a chi ha operazioni esenti

La Corte europea, confermando l'orientamento già espresso con la sentenza C-45/95, ribadisce il diritto alla detrazione ovvero al rimborso dell'IVA pagata per acquisti di beni e servizi destinati ad attività esente. Anche la Cassazione con la sentenza numero 18013 del 9 settembre 2005 ha riconosciuto il diritto al rimborso dell'IVA pagata per acquisti da parte di soggetti che svolgono prestazioni esenti o non imponibili. Questo orientamento potrebbe anche interessare i medici che per l'articolo 10 punto 18 del DPR 633/72 svolgono per diagnosi, cura e riabilitazione prestazioni esenti IVA, senza godere di alcun tipo di

esenzione per l'acquisto di beni e servizi che utilizzano per rendere le prestazioni esentate in cui consiste la loro attività esclusiva o prevalente.

Firenze

Anche in Danimarca si tutela il paziente dai danni del servizio sanitario

In Danimarca è in vigore una legge sulla sicurezza del paziente nel Servizio Sanitario, sulla falsariga di quella americana, di cui abbiamo pubblicato il testo su Toscana Medica n. 1/2003.

La legge, che riguarda le differenti Contee danesi, concerne soprattutto gli "eventi avversi", quelli cioè che derivano da trattamenti causati o ricevuti in ospedale e non derivanti da malattia del paziente. Gli eventi avversi comprendono eventi ed errori, conosciuti e sconosciuti.

Gli atti in questione sono provocati dai cosiddetti "professionisti della salute", coloro cioè che sono autorizzati dalla legge a svolgere atti per la cura della salute sotto la propria responsabilità. La legge definisce poi "trattamenti" gli esami, le diagnosi, i trattamenti clinici, la riabilitazione. Le cure specialistiche, le misure di prevenzione riferite al singolo paziente.

I dati sono analizzati dai Consigli delle Contee, che registrano e analizzano i report sugli eventi per migliorare la sicurezza del paziente e fornire informazioni all'Ufficio Nazionale per la Salute. Ogni evento avverso osservato, deve essere riferito immediatamente dal medico.

L'Ufficio nazionale per la salute:

- riceve i report sugli eventi avversi dai Consigli delle Contee;
- istituisce un registro nazionale di tali eventi;
- può emanare norme in materia di comunicazione degli eventi avversi;
- può chiedere ai Consigli delle Contee informazioni dai registri dei pazienti e da altri registri, così come informazioni su costi e budget.

Tutti i dati riportati e riferiti, che sono naturalmente anonimi, possono essere scambiati all'interno degli operatori e possono essere registrati in archivi clinici e altri registri. Per questa ragione il medico non può essere soggetto a indagini disciplinari o provvedimento o a sanzioni penali, a motivo di tale report.

Cremona

Detenzione farmaci scaduti

Gli studi dei medici sono pieni di medicinali e qualche volta anche di farmaci scaduti, abbandonati dentro a qualche scaffale o nei cassetti della scrivania.

Talora, ispezioni in ambulatori medici hanno evidenziato questi farmaci scaduti e il funzionario ha redatto la denuncia penale in relazione all'articolo 173 del Testo Unico delle leggi sanitarie che prevede che le specialità medicinali per le quali è scaduto il termine di validità sono considerate guaste e imperfette e all'articolo 443 del codice penale secondo il quale è punibile chiunque detiene per il commercio, pone in commercio o somministra medicinali guasti o imperfetti.

Utile dunque una segnalazione ai medici per una maggiore attenzione nella conservazione, nei loro studi, dei farmaci, ivi compresi i campioni dei medicinali anche se, come ribadita nella recente sentenza del Tribunale di Roma – giudice Capiello sentenza numero 10601/2005 – ai fini del riconoscimento della responsabilità penale è necessaria la effettiva destinazione al commercio ovvero della somministrazione: la mera detenzione per la somministrazione deve ritenersi esclusa dal novero delle condotte punibili stante l'inapplicabilità per via analogica della norma incriminatrice.

Per l'eventuale smaltimento l'attuale normativa che regola lo smaltimento dei farmaci scaduti (codice CER 180109) è disciplinata dal DPR 254/2003 che all'art. 2, comma h, punto 1a ed eventualmente 1b, li classifica come rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione.

Il successivo art. 4 rimanda al decreto Legislativo 22/1997 (Ronchi) per le attività di gestione di tutti i rifiuti e pertanto anche per quanto riguarda i farmaci scaduti.

Il Decreto Ronchi li classifica, ai sensi dell'art. 7, come rifiuti speciali e quindi soggetti ai relativi adempimenti (Registri di carico e scarico, Formulare per il trasporto e denuncia al Catasto Rifiuti; artt. 11, 12 e 15 DLGS 22/97).

Per quanto attiene lo smaltimento, il DPR 254/2003, all'art. 14 comma 1, prescrive lo smaltimento in impianti di incenerimento.

La norma però non specifica se la termodistruzione vada effettuata in impianti diversi da quelli per i rifiuti urbani, per cui è presumibile che possano essere utilizzati gli stessi impianti.

Particolare attenzione andrebbe posta per i farmaci citotossici e citostatici, considerati rifiuti sanitari pericolosi a rischio chimico e classifica-

ti col codice CER 180108 e per i farmaci stupefacenti da smaltirsi secondo le procedure disposte dal DPR 309/1990 (attraverso il Servizio Farmaceutico dell'ASL).

A cura di Marco Perelli Ercolini

Brescia

Avvisi e comunicazioni

La Regione Lombardia ha trasmesso la nota "Chiarimenti relativi alle modalità di prescrizione, dispensazione e distribuzione di medicinali contenenti isotretinoina ad uso sistemico" (pubblicata sull'inserito).

La Regione Lombardia comunica che sul BURL del 22 dicembre 2005 – il supplemento straordinario al n. 51 – è stata pubblicata la graduatoria definitiva della Medicina Generale valida per l'anno 2006 (www.sanita.regione.lombardia.it).

Comunica inoltre che sul BURL del 28 dicembre 2005 – serie editoriale inserzione concorsi n. 52 – sono stati pubblicati i fac-simili delle domande per l'inserimento nelle graduatorie regionali valide per l'anno 2007. I fac-simili delle domande potranno essere scaricati anche dal sito Internet www.sanita.regione.lombardia.it

Genova

"Risk management": prevenire l'errore

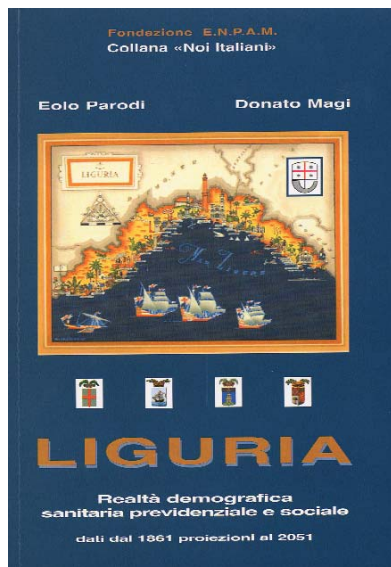
Il verificarsi di errori iatrogeni, anche mortali, evitabili, è noto da sempre. Un problema che è stato tradizionalmente affrontato stipulando un contratto di assicurazione.

Solo da poco più di cinque anni si cerca di ridurre il rischio, attraverso specifiche modalità cliniche ed organizzative.

I primi sistemi di questo tipo, denominati "Risk Management", sono stati messi in atto negli ospedali USA, proprio nel tentativo di contenere l'incremento dei premi assicurativi, che nel 2002 è stato del 36 – 113%.

Un aumento dovuto al fatto che il 2,8% dei ricoverati è andato incontro ad un "evento avverso", risultato fatale nel 10,4% dei casi (BMJ 2000). Secondo un rapporto del 1999 dell'Institute of Medicine (IOM), che stima un numero di 44.000 eventi fatali all'anno in conseguenza di oltre un milione di errori, si tratterebbe dell'ottava causa di morte in quel Paese.

Per capire l'entità del fenomeno si tenga presente che il numero di decessi causato dagli errori medici è superiore a quello per incidenti stradali (43.000), cancro mammario (42.000) ed AIDS (16.500).



Nuovo volume di un'ambiziosa collana

Noi italiani e i... liguri

Eolo Parodi e Donato Magi continuano nella loro fatica di illustrare, per ogni regione italiana, i problemi più urgenti da affrontare e quindi da risolvere. Dati impressionanti anche perché proiettati nel futuro

di **Laura Montorselli**

Dopo i volumi sulla Puglia e sulla Lombardia, prosegue l'ambizioso progetto della Collana "Noi Italiani" e degli Autori che ne sono stati gli ideatori, Eolo Parodi e Donato Magi, con un testo questa volta interamente dedicato alla Regione Liguria.

Lo scopo del lavoro, che rappresenta al contempo l'assoluta novità della Collana, è come sempre quello di rappresentare in modo organico, per ogni Regione, gli aspetti prevalenti dei problemi per i quali la politica (e non solo) deve offrire e realizzare adeguate soluzioni. Il testo è stato ideato e

organizzato come uno strumento che offra ai medici e agli amministratori, ai vari livelli decisionali, una "fotografia" puntuale della realtà demografica, sociale, sanitaria e previdenziale della Liguria; un quadro costruito anzitutto con l'obiettivo di informare criticamente sulle effettive urgenze che emergono da un confronto dovizioso e rigoroso con la nuda consistenza dei dati.

Le statistiche alle quali l'indagine si riferisce sono quelle fornite dall'ISTAT, dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del Territorio, dall'Agenzia Nazionale per la Protezione dell'Ambiente (Anpa), dall'Agenzia Regionale

per la Protezione dell'Ambiente Ligure (Arpal), dall'Archivio de "La Rivista Medica Italiana", dal Ministero della Salute e dall'Enpam, elaborate e rappresentate dalla Società Italiana di Medicina Specialistica (S.I.M.S.). Si tratta dunque di una base informativa solida e molto ampia, che si articola sostanzialmente su

**Quando
la politica
deve
intervenire**

quattro macro aree: ambiente e territorio, popolazione (struttura e dinamica demografica, stranieri), salute e welfare (salute e sanità, assistenza e previdenza), conti

**Emergenze
sanitarie
ed eventuali
carenze**

economici (spesa sanitaria nazionale e territoriale).

Ad una lettura veloce dei risultati, la Liguria offre un quadro che, in alcune tendenze, ricalca quanto si sta verificando a livello nazionale: l'innalzamento della speranza di vita e il calo crescente della natalità stanno portando ad un incremento delle età più avanzate e quindi della popolazione in quiescenza. Le previsioni per il 2051 confermano decisamente questo fenomeno, al punto che la Liguria sembra avviarsi verso la quarta età (80 anni e oltre); i pensionati passeranno dal 25% del 2001 al 34%, nel 2031, fino al 38% nel 2051.

Di particolare interesse sono i dati relativi alla morbosità, alla mortalità e all'organizzazione territoriale del sistema sanitario, perché consentono uno screening rigoroso delle emergenze sanitarie e dell'efficienza, o viceversa, delle eventuali carenze, nel personale e nei servizi, certamente proficuo nel definire

programmi di razionalizzazione della spesa sanitaria. In più occasioni, infatti, Eolo Parodi ha avuto modo di sottolineare che una politica sanitaria realmente operativa deve necessariamente misurarsi con i fatti,

correlandosi alla reale domanda di salute così come all'effettivo fabbisogno di professionalità medica.

Questi sono solo alcuni degli esiti macroscopici della ricerca, non possiamo quindi che suggerire appassionatamente la lettura integrale del testo, ben consapevoli che ridurre quantitativamente la portata dei dati indebolisce necessariamente il loro valore qualitativo, impedendo di cogliere l'operazione più complessa della lettura critica dei risultati, di quella visione trasversale che ne coglie i nessi e le correlazioni e che gli Autori ci hanno reso appieno. ■

Polizza Sanitaria Integrativa

Liquidazione dei sinistri, notizie, raccomandazioni e consigli. La pubblicazione della Polizza unitamente al modulo di adesione e autocertificazione

di **Pietro Ayala (*)**

Sulla scorta di alcune segnalazioni di assicurati, in merito a ritardi accumulati dalla Compagnia nella liquidazione dei sinistri, pare opportuno segnalare che abbiamo analizzato con i responsabili di GGL-CLIM (l'ufficio di liquidazione della Generali) le cause di tali ritardi, e verificato che per la maggior parte dei casi sono derivati dalla riorganizzazione del sistema di elaborazione dati attuato dalla Compagnia. Abbiamo anche notato, però, che per diverse pratiche il ritardo nasce dalla incompleta documentazione inviata alla Compagnia dagli assicurati.

Possiamo intanto confermare che alla data odierna gli Uffici di liquidazione della Compagnia (GGL- CLIM di Roma) hanno provveduto ad eliminare l'arretrato e quindi stanno ora liquidando le pratiche a loro pervenute da non più di 25-30 giorni (salvo alcuni casi controversi o carenti di documentazione).

Per evitare disguidi e ritardi nella liquidazione dei sinistri, riteniamo utile esprimere alcune raccomandazioni e consigli pratici:

1) la denuncia della malattia o infortunio, con richiesta di rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento chirurgico, DEVE essere inoltrata **soltanto** a degenza ultimata;
2) la richiesta di rimborso deve essere corredata necessaria-

mente e in un'unica soluzione:

- della cartella clinica integrale, completa di anamnesi patologica remota e prossima, in copia;
- delle fatture di spesa in originale;
- delle coordinate bancarie del conto corrente intestato al Medico assicurato.

Per facilitare la richiesta di rimborso raccomandiamo di utilizzare il Modulo di denuncia predisposto dalla Compagnia, che è disponibile sul nostro sito internet **www.enpam.it**.

Pertanto per evitare che la pratica rallenti il suo iter, raccomandiamo di inviare sempre la richiesta di rimborso in un'unica soluzione completa dei documenti necessari in quanto il termine di 40 giorni a disposizione della Compagnia (previsto in polizza) per la liquidazione sinistro, decorre ovviamente dal momento in cui la pratica risulti completa dei documenti richiesti.

Preme specificare che la Compagnia, in caso di richiesta di rimborso non corredata della cartella clinica, restituirà i documenti all'interessato, invitandolo a trasmettere nuovamente la richiesta soltanto quando sarà completa della documentazione necessaria per l'esame della pratica.

Ulteriori raccomandazioni:

- Invitiamo gli interessati a non telefonare, prima dell'intervento, agli uffici dell'Enpam o del-

la Compagnia per sapere se l'intervento sarà rimborsato: il giudizio sulla risarcibilità del sinistro può essere espresso soltanto dopo l'intervento e quindi dopo l'esame della cartella clinica completa e dei documenti di spesa (anche al fine di determinare eventuali esclusioni come previste dall'art. 3 della polizza, e in particolare per le patologie esistenti prima dell'ingresso in polizza da parte degli assicurati).

- La nostra polizza rimborsa le spese sostenute se conseguenti a intervento chirurgico; preghiamo pertanto di non inoltrare richieste di rimborso di spese sostenute a seguito di ricovero esclusivamente per cure di malattie o infortuni e quindi in assenza di intervento chirurgico.

(*) *Vice Direttore Generale Enpam*



POLIZZE SANITARIE CONVENZIONE ENPAM-GENERALI
N° 81304230 per il solo Medico
e N° 81304231 per il Medico e il nucleo familiare

Condizioni Generali di Assicurazione

SEZIONE I - DEFINIZIONI

Art. 1)

Nel testo delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione si definiscono con:

- **Contraente:** E.N.P.A.M.
- **Società:** Assicurazioni Generali S.p.A.
- **Assicurato:** Colui il quale abbia aderito (e abbia versato il premio annuale di polizza) alla presente Assicurazione e abbia delegato l'E.N.P.A.M. ad accettare, nel proprio interesse con effetto vincolante, modifiche di carattere generale alla Polizza-Convenzione, a valere all'annualità successiva. L'Assicurazione è riservata ai seguenti soggetti:

- 1) il medico e l'odontoiatra iscritto all'E.N.P.A.M. (in attività o pensionato);
- 2) i suoi superstiti con diritto a pensione indiretta o di reversibilità;
- 3) i componenti degli Organi Statutari dell'E.N.P.A.M. e della F.N.O.M.C. e O.;
- 4) il personale in servizio all'ENPAM, alla F.N.O.M.C. e O., agli Ordini Provinciali, all'O.N.A.O.S.I. e alle Organizzazioni Sindacali mediche firmatarie di contratti e convenzioni con diritto di rinnovo della polizza anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro;
- 5) l'insieme dei componenti il nucleo familiare dei soggetti indicati al punto 1), 2), 3) 4) che abbiano aderito alla presente assicurazione sottoscrivendo l'apposito modulo di adesione, e per i quali sia stato versato il relativo premio annua-

le di polizza, a condizione che venga assicurata la totalità dei familiari risultanti dallo stato di famiglia o da autocertificazione. Quali componenti il nucleo familiare si intendono: il Coniuge non legalmente separato convivente o il Convivente more uxorio e i Figli conviventi fiscalmente a carico.

In deroga al requisito della convivenza si intendono assicurati anche:

- a) i componenti del nucleo familiare del medico e/o pediatra di base che abbia la residenza nel luogo di prestazione del servizio, come richiesto dalle vigenti normative;
- b) i figli del medico legalmente separato o divorziato per i quali esiste a suo carico obbligo di mantenimento economico.

- **Assicurazione:** il contratto di assicurazione.
- **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione.
- **Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- **Premio:** la somma dovuta alla Società.
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- **Istituto di cura:** l'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura, sia convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale che privata, regolarmente autorizzati al ricovero dei mala-

ti, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

- **Ricovero ospedaliero:** degenza in istituto di cura, comportante almeno un pernottamento.
- **Day Hospital:** degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno.
- **Assistenza Infermieristica:** l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma.
- **Visita specialistica:** la visita effettuata da medico fornito di specializzazione.
- **Massimale per Assicurato:** la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per ciascun Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.
- **Franchigie e scoperti:** l'importo che rimane a carico dell'Assicurato.

L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e indennizzabili a termini di polizza.

Sinistro: l'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

SEZIONE II - PRESTAZIONI

Art. 2)

La garanzia di cui al presente articolo è prestata:

- per il solo aderente avente diritto (come descritto ai punti 1- 2- 3- 4 dell'art. 1), se sia stato pagato il premio annuo di € 150,00;
- per l'intero nucleo familiare



come da definizione (compreso l'aderente avente diritto come descritto ai punti 1- 2- 3- 4- dell'art.1) se sia stato pagato il premio annuo di:

- € 300,00 per nucleo familiare composto da un solo familiare, oltre l'avente diritto;
- € 400,00 per nucleo familiare composto da due o più familiari, oltre l'avente diritto; sino a concorrenza della somma di **€ 700.000,00**, da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

A 1) - La Società, per le malattie e gli infortuni verificatisi nell'anno assicurativo, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute a seguito di ricovero con intervento, anche in regime di day hospital ed intervento ambulatoriale, per:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- diritti di sala operatoria;
- materiale di intervento (compresi i trattamenti terapeutici e di anestesia erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento);
- assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero anche in regime di day hospital relativo all'intervento subito;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dall'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, anche in regime di day hospital, o l'intervento ambulatoriale;
- esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero, anche in regime di day hospital, o dell'in-

tervento ambulatoriale e resi necessari dall'intervento chirurgico;

- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese funerarie e per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 5.165,00.

Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di intervento subito, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza, la Società corrisponderà, a partire dal quarto giorno di ricovero, un'indennità di € 104,00 per ogni giorno di ricovero per una durata massima di 150 giorni per ciascun anno assicurativo e per assicurato. Tale indennità verrà corrisposta al 50% in caso di ricovero con intervento in day hospital, ferma la franchigia di tre giorni.

A 2) "Grave Evento Morboso", identificandosi come tale l'evento compreso nell'elenco di cui all'Allegato A, che necessita di ricovero, senza intervento chirurgico, o di trattamento medico domiciliare. L'affezione, diagnosticata per la prima volta successivamente all'entrata in garanzia dell'Assicurato, deve comportare una Invalidità Permanente pari almeno al 66% della totale comprovata da certificazione medica che sarà sottoposta ad accertamento da parte della Società.

. 1) in caso di ricovero, anche in regime di day hospital:

- rette di degenza;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;

- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 30 giorni precedenti il ricovero.

Nonché, con il limite di € 15.494,00 per assicurato le spese sostenute nei 210 giorni successivi alla data di dimissione dall'istituto di cura a seguito del primo ricovero in garanzia avvenuto nell'arco di validità della polizza e relativo all'evento morbo diagnosticato, per:

- visite specialistiche;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- terapie mediche, chirurgiche, riabilitative; farmacologiche riconosciute dalla Farmacopea Ufficiale Italiana;
- prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari con esclusione di quelle meramente assistenziali.

. 2) in caso di solo trattamento domiciliare, le spese documentate per:

- visite specialistiche;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche riconosciute dalla Farmacopea Ufficiale Italiana;
- prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari con esclusione di quelle meramente assistenziali sostenute nei 180 giorni successivi alla data in cui è stato diagnosticato per la prima volta l'evento morbo dopo la stipulazione del contratto. Tali spese saranno rimborsate con il massimo di € 20.659,00 per assicurato.

Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assicurato a seguito di Grave Evento Morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza la Società corrisponderà, a partire dal quarto giorno di ricovero, purché in presenza di idonea documentazione clinica, un'indennità di € 78,00 per ogni giorno di ricovero, per una durata massima di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per



assicurato. Tale indennità verrà corrisposta al 50% in caso di ricovero in day hospital, ferma la franchigia di tre giorni.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di Cura richieda il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde - su richiesta dell'Assicurato - l'importo versato a tale titolo entro il 80% delle spese preventivate dall'istituto di cura, salvo conguaglio a cure ultimate.

A 3) Cure oncologiche

La Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza della somma di € 8.500,00 per anno assicurativo, le spese sostenute per tutte le terapie rese necessarie da malattia oncologica.

B - Nell'ambito del massimale suindicato e delle condizioni di cui alla lettera A ed entro i limiti sottoindicati, la garanzia si intende estesa al rimborso delle spese documentate per:

B 1) trasporto

- trasporto dell'Assicurato in ambulanza o con qualsiasi altro mezzo all'istituto di cura, in Italia o all'Estero, col massimo di € 1.550,00.

B 2) accompagnatore

- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 78,00 ed il massimo di gg. 15; detti limiti vengono elevati a € 130,00 giornaliere e a gg. 20 in caso di intervento chirurgico avvenuto all'Estero.

B 3) protesi ortopediche

- acquisto, fino a concorrenza dell'importo di € 5.165,00, intendendosi tale somma quale disponibilità annua unica per assicurato.

B 4) parto cesareo – limite di prestazione

- in caso di ricovero per parto ce-

sareo la Società rimborsa le spese sostenute di cui alla lettera A1) con il limite massimo di € 5.000,00 per evento.

La garanzia di cui alle lettere A e B è operante previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 510,00 e massimo di € 5.150,00 per ciascun ricovero o trattamento domiciliare.

SEZIONE III - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 3) Limiti delle prestazioni Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- interventi che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi, cioè diagnosticate o curate, precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Assicurato alla presente polizza Convenzione.
- Per gli aderenti già assicurati precedentemente dalla Convenzione Enpam/Generali, si intendono esclusi gli interventi che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi, cioè diagnosticate o curate, precedentemente alla data di prima adesione, da parte di ciascun Assicurato alla Convenzione Enpam/Generali, senza alcuna soluzione di continuità o dalla data della successiva adesione qualora vi sia stata interruzione;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e depressive nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso";
- psicoterapia e psicoanalisi;
- chirurgia plastica a scopo estetico salvo per i neonati fino al compimento del 3° anno di età e quella a scopo ricostruttivo da infortunio;
- interventi per correzione o eliminazione di difetti fisici;
- interventi per correzione o eliminazione di malformazioni diagnosticate e/o conosciute precedentemente alla data di prima adesione alla Convenzione Enpam/Generali, senza alcuna soluzione di continuità o dalla data della successiva adesione qualora vi sia stata interruzione;
- cure ed interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- agopuntura se non effettuata da medico specialista abilitato all'esercizio dell'attività a norma delle vigenti disposizioni di legge;
- qualsiasi altra prestazione di cosiddetta "medicina alternativa";
- infortuni sofferti in stato di ubriachezza e sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- infortuni conseguenti alla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere;
- protesi dentarie, cure dentarie e paradentarie ad eccezione di quelle a scopo ricostruttivo, rese necessarie da infortunio;
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, ad eccezione delle conseguenze subite da medici radiologi od assimilabili per effetto dello svolgimento della propria attività lavorativa, se non assistiti dall'I.N.A.I.L.;
- cure ed interventi per la correzione e/o eliminazione dei vizi di rifrazione.

Art. 4) Persone non assicurabili

Le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, aids e alcolismo non sono assicurabili e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.



Art. 5) Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 6) Durata contrattuale

Il presente contratto ha durata biennale, decorre dalle ore 24 del 31.05.2005 e scade alle ore 24 del 31.05.2007.

SEZIONE IV - ADEMPIMENTI**Art. 7) Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società**

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata, telex o telefax.

Art. 8) Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore e dal giorno indicati in polizza se il premio della prima annualità è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Per il pagamento del premio relativo all'annualità successiva, il termine previsto dall'art. 1901 del C.C. è prorogato a 30 giorni. Resta peraltro inteso che, qualora entro il predetto termine il premio non venisse pagato, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno di scadenza del termine stesso. Il premio annuo complessivo di polizza sarà versato dall'E.N.P.A.M. all'Agenzia Generale di Roma della Società.

SEZIONE V - LIQUIDAZIONE DEL DANNO**Art. 9) Denuncia dell'infortunio o della malattia**

L'Assicurato deve presentare denuncia alla Società al momento che ne abbia avuto la possibilità. La denuncia deve essere corredata della necessaria documentazione medica. La denuncia deve essere inoltrata a "GGL - Gruppo Generali Liquidazione Danni SpA (Gestione Sinistri polizze ENPAM) Via Castelfidardo 43/45 - piano 5° - 00185 ROMA".

L'Assicurato deve consentire alla visita di medici della Società, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Le procedure di denuncia e di presentazione della documentazione possono costituire oggetto di apposito regolamento a parte.

Art. 10) Criteri di liquidazione

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 40 giorni dalla presentazione della necessaria documentazione medica completa, ivi compresa la cartella clinica, e, in originale, delle relative notule e fatture debitamente quietanzate.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad altro Ente assistenziale o Assicuratore per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso di quanto rimasto effettivamente a carico dell'Assicurato solo su presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato con indicazione di quanto rimborsato dal suddetto Ente o Assicuratore nonché copia del documento comprovante il rimborso effettuato.

Per le spese sostenute all'estero nei paesi non facenti parte dell'area Euro i rimborsi verranno eseguiti in Italia in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

In caso di ritardato pagamento oltre il termine di 40 giorni, la Società corrisponderà gli interessi legali calcolati dal quarantesimo giorno successivo alla data di ricezione della documentazione completa, al giorno dell'effettivo pagamento.

Art. 11) Controversie - Arbitrato

È costituita una Commissione paritetica, espressa dalle parti, per la gestione delle controversie in relazione:

- alla liquidabilità dei rimborsi richiesti dagli assicurati;

- alla soluzione di eventuali contrasti interpretativi del contratto.

Per questi due argomenti la Commissione esamina i casi ad Essa sottoposti ed esprime il proprio parere.

La Commissione avrà anche il compito di:

- verificare la congruità e l'one- re delle prestazioni e dei rimborsi conseguenti a richieste formulate dagli assicurati;
- monitorare l'utilizzo del contratto da parte degli Assicurati per un controllo costante dell'andamento della polizza;
- formulare, se necessario, indicazioni di modifiche contrattuali per l'annualità successiva alla scadenza del contratto, di cui all'art. 13).

Arbitrato

Qualora l'Assicurato non si ritenga soddisfatto della decisione della Commissione Paritetica per i casi di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, ha facoltà di chiedere un arbitrato. In tal caso l'Assicurato e la Società si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il Collegio medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligato-



rie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 12) Competenza territoriale

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente articolo 11 è competente esclusivamente il Foro di Roma.

SEZIONE VI - DISPOSIZIONI VARIE

Art. 13) Recesso dal contratto - Rinnovazione del contratto

Alla scadenza dell'annualità ciascuna delle Parti ha facoltà di recedere dalla Polizza-Convenzione mediante lettera raccomandata con preavviso di novanta giorni.

In mancanza di tale disdetta, la Polizza-Convenzione si intende rinnovata per una ulteriore annualità e così successivamente ad ogni scadenza annuale. Qualora alla scadenza dell'annualità, e rinnovatosi tacitamente il contratto, non sia corrisposto il premio relativo alla successiva annualità da parte del singolo aderente all'assicurazione, quest'ultima, trascorsi 15 giorni, sarà risolta di diritto con riferimento al singolo aderente stesso.

Art. 14) Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico dell'Assicurato per le parti di sua competenza.

Art. 15) Premio

Il premio annuo per ogni iscritto che intenda aderire è così stabilito:

- € 150,00 annue comprensive delle imposte in vigore, se l'aderente avente diritto (come descritto ai punti 1-2-3-4- dell'art.1) assicura soltanto se stesso;

- € 300,00 annue, comprensive delle imposte in vigore, per l'intero nucleo familiare (compreso l'aderente avente diritto come descritto ai punti 1-2-3-4 dell'art. 1), composto da un solo familiare oltre l'avente diritto.
- € 400,00 annue, comprensive delle imposte in vigore, per l'intero nucleo familiare (compreso l'aderente avente diritto come descritto ai punti 1-2-3-4 dell'art. 1), composto da due o più familiari, oltre l'avente diritto;

Il premio annuo complessivo di polizza sarà determinato dalla somma dei singoli premi versati dagli Assicurati.

Agli effetti dell'articolo 1341 2° comma C.C. la contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle condizioni generali di assicurazione:

Art. 11 (Istituzione della Commissione Paritetica. Deferimento di controversie ad un collegio medico arbitrale).

Art. 12 (Deroga alla competenza per territorio dell'Autorità Giudiziaria).

Art. 13 (Facoltà di recedere dal contratto alla scadenza. - Taciuto rinnovo annuale del contratto in mancanza di disdetta tre mesi prima della scadenza).

ALLEGATO "A" - Elenco dei Gravi Eventi Morbosi

Si considerano: "Grave Evento morboso" le seguenti patologie:

- diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni: a) ulcere torpide e decubiti; b) sovrinfezioni; c) infezioni urogenitali; d) ipertensione instabile; e) neuropatie; f) vasculopatie periferiche.

- Insufficienza cardiaca a labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni: a) dispnea; b) edemi declivi e stasi polmonare; c) ipossiemia; d) aritmie.
- Cardiopatia ischemica.
- Insufficienza cardiaca congestizia.
- Angina instabile.
- Aritmie gravi.
- Infarto e complicanze.
- Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno 3 tra le seguenti manifestazioni: a) acuta; b) edema polmonare; c) cronica in trattamento riabilitativo; d) con ossigenoterapia domiciliare continua; e) con ventilazione domiciliare; f) cronica riacutizzata.
- Insufficienza renale acuta.
- Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale).
- Neoplasie maligne: accertamenti e cure.
- Gravi traumatismi - se controindicato intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni.
- Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%.
- Patologie neuromuscolari evolutive.
- Tetraplegia.
- Sclerosi multipla.
- Sclerosi laterale amiotrofica.
- Miopatie.
- Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo.
- Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali.
- Morbo di Parkinson, purché caratterizzato da marcata riduzione dell'attività motoria e dal mantenimento con difficoltà della stazione eretta.
- Stato di coma.
- Alzheimer.



MODULO DI ADESIONE E AUTOCERTIFICAZIONE

Alla polizza / Convenzione Enpam-Generali- Annualità 31.05.2006- 31.05.2007 - **Scadenza delle adesioni 31.05.2008**

Cognome e nome: _____ Codice ENPAM: _____

Telefono: _____ Telefono Cellulare: _____

Posta elettronica (e-mail): _____

Io sottoscritto, avendo esaminato la nuova polizza sanitaria biennale, emessa dalla Compagnia "Assicurazioni Generali SpA" in relazione alla convenzione in corso con l'ENPAM, DICHIARO di aderire alla polizza per l'opzione: (Scegliere con una X la sottostante opzione prescelta - 1 oppure 2):

- ☐ 1) Solo Medico - costo annuale € 150,00 - Polizza 81304230 ☐ 2a) Medico e Un solo familiare - Costo annuale € 300,00
☐ 2) Familiare Polizza 81304231 ☐ 2b) Medico e Due o più familiari - Costo annuale € 400,00

(A) - Per la validità della mia adesione mi impegno a versare la somma annuale da me dovuta di € _____ a mezzo del M.Au che mi sarà inviato a seguito della ricezione da parte dell'ENPAM, del presente Modulo di Adesione.

Prendo atto che l'ENPAM, ricevuta la somma da me pagata, la verserà per me a "Assicurazioni Generali SpA", che darà corso alla copertura assicurativa in mio favore (per il periodo 1/05/2006 - 31/05/2007), con efficacia delle garanzie dall'1/05/2006, se avrà aderito entro il 31.05.2006 e pagato il relativo premio entro la data indicata sul M.Au.

Data in natura collettiva della Polizza, autorizzo l'ENPAM ad apportare per me in prosieguo eventuali modifiche di carattere generale alla stessa e a darne valida comunicazione sul Giornale della Previdenza; analogamente, comunicazioni di carattere generale potranno essere validamente inviate dalla Compagnia "Assicurazioni Generali SpA", presso l'ENPAM.

firma per adesione alla polizza _____

Con riferimento all'art. 1341 c.c., approvo sin d'ora specificatamente le seguenti clausole di polizza: art. 11 (Inclusione della commissione prelievi - definizione di controversie ed un collegio medico arbitrale); art. 12 (Design per competenza territoriale dell'Autorità Giudiziaria); art. 13 (Fiscali di ricorso - Tirocinio rinnovo del contratto in mancanza di disdetta tre mesi prima della scadenza).

(firma) _____

Consenso al trattamento dei dati: Con riferimento al Dec. Leg.vo n. 196 del 30.06.2003: Acconsento al trattamento dei dati personali come indicato al punto A) dell'informazione pubblicata sul retro.

☐ Acconsento - ☐ NON Acconsento (Scegliere con una X l'opzione prescelta) al trattamento dei dati personali per finalità di promozione commerciale e per quant'altro indicato al punto B) dell'informazione pubblicata sul retro.

(firma) _____

N.B. per la validità dell'adesione sono necessarie tutte e tre le firme

(B) Assicurazione dei familiari (coniuge o convivente more uxorio e figli conviventi fiscalmente a carico): Compilare solo per l'opzione (2a) oppure (2b). Avendo scelto l'opzione (2) e accettato quanto indicato al punto (A) per quanto all'efficacia delle garanzie, CHIEDO l'estensione della polizza ai sottoindicati miei familiari conviventi:

	Cognome e Nome	Data di nascita		
		Giorno	Mese	Anno
Coniuge				
Figlio				
Figlio				
Figlio				

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (valido per l'inclusione dei familiari). Con riferimento al Dec. Leg.vo n. 196 del 30.06.2003: Acconsento (Acconsento/no) al trattamento dei dati personali come indicato al punto A) dell'informazione pubblicata sul retro.

☐ Acconsento (Acconsento/no) - ☐ NON Acconsento (Non acconsento/no) (Scegliere con una X l'opzione prescelta)

Al trattamento dei dati personali per finalità di promozione commerciale e per quant'altro indicato al punto B) dell'informazione pubblicata sul retro.

Lugo e data _____

(Io me, Cognome e firma dell'interessato ENPAM)

(Io me, Cognome e firma dell'interessato (conliuge convivente more uxorio))

(Io me, Cognome e firma dell'interessato (figlio))

(Io me, Cognome e firma dell'interessato (figlio))

(Io me, Cognome e firma dell'interessato (figlio))

N.B. il presente modulo va spedito alla Fondazione ENPAM casella postale 7215 - 00100 ROMA NO LIMENTANO



INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.L.G.S. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che Assicurazioni Generali S.p.A., di seguito indicata con « Società », intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari, ⁽¹⁾ al fine di fornire i servizi ⁽²⁾ da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti ⁽³⁾, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure – effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici – necessarie a questi scopi, anche quando con unichiamo o a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; pertanto servizi, inoltre, utilizziamo o soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa ⁽⁴⁾. I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge ⁽⁵⁾ – non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento ⁽⁶⁾.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. del D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo. Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o incaricati preposti al trattamento dati sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo – Assicurazioni Generali S.p.A. – Via Marconchesa 14, 31021 Vigonovo Veneto – Tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235). Il sito www.generali.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

A) Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma nel retro, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati – eventualmente anche sensibili – effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

B) Inoltre, quando l'apposita casella nel retro, il solo assicurato che sia iscritto all'ENPAAI, può decidere liberamente di autorizzare la Società a trattare i Suoi dati per finalità di promozione commerciale e di analisi del mercato volte a migliorare i servizi offerti o a far conoscere i nuovi servizi della Società e di altre Società del Gruppo.

In particolare, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati comuni da parte:

- a) della Società, anche utilizzando i soggetti sopra indicati, per rilevazioni sulla qualità dei servizi o dei bisogni della clientela e per iniziative di informazione e promozione commerciale di propri prodotti e servizi;
- b) di Società del Gruppo per iniziative promozionali di propri prodotti e servizi.

NOTE:

- (1) L'art.4, co.1, lett. d) del D.Lgs. 196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.
- (2) Conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
- (3) Ad esempio contratti di polizze collettive o individuali che inseriscono il Suo nome tra gli assicurati o i beneficiari, o che La qualificano come danneggiato (v. polizze di responsabilità civile).
- (4) I soggetti possono svolgere in funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti, produttori d'agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi; società del gruppo e altre società di servizi tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informativi, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, e in caso di consenso commerciale di cui ai punti a) e b) di cui sopra, di società specializzate in servizi di ricerche di mercato, indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, nonché organismi istituzionali tra cui ISVAP, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed altre banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione).
- (5) Lo prevede ad esempio la disciplina contro il riciclaggio, o la normativa in tema di costituzione e attuazione di sinistro.
- (6) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.



La guarigione è legata al tempo e a volte anche alle circostanze.

Ippocrate, Precetti

Aprile e le sue storie

27 aprile 1923

Sigmund Freud pubblica in Austria l'opera "L'io e l'es". Freud, medico e neurologo austriaco, visse a Vienna e per ragioni razziali morì esule a Londra. E' comunemente considerato il "padre" della psicoanalisi. Tra le sue opere maggiori "L'interpretazione dei sogni", "Psicopatologia della vita quotidiana", "Introduzione allo studio della psicoanalisi".



Sigmund Freud

21 aprile 1924

L'attrice italiana Eleonora Duse muore a Pittsburg, negli Stati Uniti, durante una tournée. Nata a Vigevano nel 1859, la grande attrice teatrale italiana proveniva da una famiglia di attori ed iniziò a recitare quando era ancora bambina. Unica pausa nella sua carriera artistica quando si legò a Gabriele D'Annunzio.

25 aprile 1945

Si tiene la prima Assemblea generale dell'Organizzazione della Nazioni Unite. Nel mese di giugno dello stesso anno a San Francisco viene firmata la Carta delle Nazioni Unite e dal '46 la sede viene stabilita a New York. Alcuni momenti storici dell'attività dell'ONU: l'intervento militare durante la guerra in Corea in favore dei sudcoreani; l'in-

vio di una forza di pace, nel '56, nel corso della "Crisi di Suez"; la presenza di un contingente di "Caschi Blu" in Congo dopo che il paese aveva ottenuto l'indipendenza; l'intervento nel '92, dopo che l'ONU aveva decretato l'embargo per la Serbia, nel conflitto bosniaco.

18 aprile 1955

In Indonesia, a Bandung, dal 18 al 24 aprile 29 Paesi intesero collocarsi in modo equidistante tra i due blocchi della NATO e del Patto di Varsavia. Queste nazioni passarono alla storia come i "Paesi non allineati".

Tra i leader di tale movimento ci furono Jawaharlal Nehru, presidente dell'India nel 1947 la cui politica di distanza tra Washington e Mosca venne presa a modello da diversi Paesi del cosiddetto Terzo Mondo; Josip Broz Tito, capo del partito comunista che nel '48 ruppe con l'Unione Sovietica; Ahmed Sukarno, considerato eroe popolare indonesiano per essersi ribellato alla potenza coloniale olandese e promotore della conferenza di Bandung; l'egiziano Gamal Abd el-Nasser, divenuto nel '54 Capo dello Stato e colui che fece costruire la diga di Assuan.

12 aprile 1961

Alle 9,07 del 12 aprile 1961 il sovietico Jurij Gagarin, a bordo del Vostok 1, viene lanciato nello spazio per un giro orbitale intorno alla Terra. È il primo uomo ad affrontare lo spazio. Tra i cosmonauti sovietici "lanciati" in orbita seguirono: German S. Titov, con il Vostok 2 trascorre nello spazio 25

ore e 18 minuti; Valentina V. Teresko, la prima donna che a bordo del Vostok 6 compie 48 orbite con tre giorni di permanenza nello spazio; Aleksej Leonov, il quale effettua la prima passeggiata nello spazio, per ben venti minuti, unito alla capsula Voshod 2 da un cavo di sicurezza; Vladimir A. Schatalov, astronauta che viene agganciato da un'altra navicella sovietica, la Soyuz 5, con tre uomini a bordo; Jurij Romanenko, cosmonauta che per quasi undici mesi "soggiornò" a bordo della stazione spaziale Mir messa in orbita nel 1986.



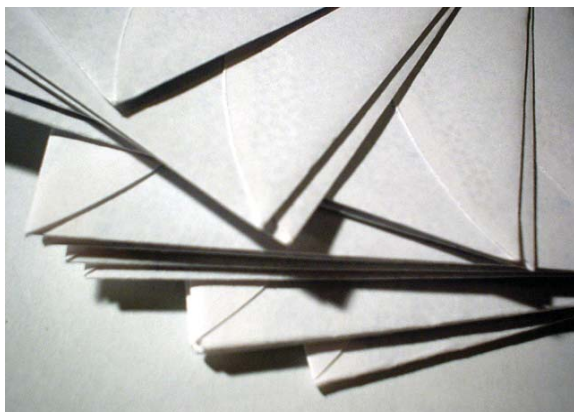
Jurij Gagarin

4 aprile 1968

Il leader del movimento per i diritti civili della popolazione nera, Martin Luther King, viene ucciso a Memphis da James Earl Ray. Clamorosa era stata la marcia organizzata dal reverendo King a Washington, nel '63, alla quale parteciparono 250mila persone. In quell'occasione aveva pronunciato il suo discorso più famoso nel corso del quale aveva affermato: "Ho fatto un sogno (...) che i miei quattro bambini vivranno un giorno in un Paese in cui non verranno giudicati dal colore della loro pelle, ma solo per le loro qualità".



Martin Luther King



ANGOSCIATO PER IL FUTURO

Gentile Presidente,

mi sono laureato in ottobre del 1989, abilitato nello stesso anno e svolto il servizio di leva come Ufficiale medico nell'anno 90-91. Ho svolto dopo il servizio militare alcuni mesi di guardia medica turistica per i quali sono stati versati i relativi contributi Enpam.

Sono entrato in specialità di Gastroenterologia nel '91-'92 specializzandomi nel '95. Dopo la specializzazione ho svolto un incarico di dirigente medico ospedaliero. Una sostituzione di guardia medica presso Azienda Usl.

Ho svolto attività di specialista ambulatoriale presso l'Aeronautica Militare per cui sono stati versati la quota parte dall'Aeronautica Militare e la quota parte dal sottoscritto, nonché i contributi volontari sulla libera professione dal 1999 al 2001. Dal 16 maggio 2001 sono strutturato ospedaliero a tempo indeterminato. Vorrei pertanto chiederti in base alla mia situazione quale sarebbe la soluzione migliore ai fini contributivi previdenziali (ricongiunzione anni incarichi ospedalieri, guardie mediche e servizio di leva) e soprattutto a chi rivolgersi, e se è conveniente o ormai impossibile convertire i versamenti previdenziali dal sistema contributivo (Inpdap) al retributivo (Enpam) e soprattutto se ha "senso" riscattare gli anni di laurea, di servizio militare e/o di specializzazione. Devo confermare che vivo uno stato di angoscia per il mio futuro visto che ho moglie a carico e 2 bambini piccoli, e desidererei fare un po' di luce su quello che è più conveniente programmare vista la precarietà pensionistica.

Colgo l'occasione per ringraziarti anticipatamente delle risposte in merito che gentilmente vorrai fornirmi.

Distinti saluti

(Lettera firmata)

Caro collega,

preliminariamente ti informo che presso il Fondo Medici di Medicina Generale risultano accreditati a Tuo nome contributi non continuativi, in quanto riferiti allo svolgimento dei servizi di guardia medica turistica, dal mese di settembre 1994 al marzo 1997, per un importo pari ad euro 948,40. Ti comunico, inoltre, che sulla tua posizione accesa presso il Fondo Medici Ambulatoriali risultano accreditati contributi, relativi a periodi di attività professionale svolta nell'anno 1990 e dal mese di aprile 1998 al me-

se di dicembre 2001, per un importo pari ad euro 8443,67. In considerazione del tuo inserimento in ambito ospedaliero a decorrere dal maggio 2001 e della conseguente interruzione dei versamenti presso i Fondi Speciali dell'Enpam, ti informo che i suddetti contributi possono costituire oggetto di ricongiunzione, ai sensi della legge n. 45 del 5/3/1990. Qualora decidessi di accentrare la tua posizione assicurativa presso l'Inpdap, competente ad assicurare la previdenza dei medici ospedalieri, tali contributi, se non coincidenti con i versamenti già accreditati a tuo nome presso il suddetto Istituto, concorrerebbero ad incrementare l'anzianità contributiva necessaria al conseguimento del trattamento pensionistico derivante dallo svolgimento dell'attività ospedaliera.

Ti informo, al riguardo, che la presentazione della domanda di ricongiunzione non comporta nessun obbligo nei tuoi confronti; nel caso ritenessi troppo elevato l'onere richiesto per il trasferimento dei contributi in questione, hai facoltà di non dare alcun seguito al procedimento. Riguardo alla convenienza di tale operazione non posso che rimettere la relativa valutazione alle tue determinazioni, precisandoti che nel caso decidessi di non ricongiungere i contributi attualmente giacenti presso i Fondi Speciali dell'Enpam, gli stessi, ti saranno restituiti al compimento del 65° anno di età, rivalutati secondo le norme regolamentari in vigore all'atto del raggiungimento di tale requisito anagrafico. Per quanto concerne la possibilità di riscattare gli anni del corso di studi universitari, del corso di specializzazione, nonché l'anno di servizio militare svolto in qualità di Ufficiale medico, devo precisarti che le norme regolamentari attualmente in vigore presso i Fondi Speciali dell'Enpam non consentono l'effettuazione di riscatti ai sanitari che abbiano cessato il rapporto professionale svolto in convenzione con gli Istituti del Servizio Sanitario Nazionale.

Riguardo ai benefici pensionistici derivanti dallo svolgimento dell'attività libero professionale, ti comunico che i contributi accreditati presso la "Quota B" del Fondo di Previdenza Generale, determineranno, al compimento del 65° anno di età, una prestazione pensionistica che verrà cumulata con quella che percepirai a carico della "Quota A", dove vengono accreditati i contributi obbligatori alla cui corresponsione sei vincolato in conseguenza dell'iscrizione all'albo professionale di categoria.

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

Eolo Parodi



QUANDO ANDRÒ IN PENSIONE?

Caro Presidente,

anche se mancano ancora molti anni alla mia pensione, per meglio organizzare la mia attività ed i miei investimenti negli anni futuri, gradirei ricevere indicazioni e consigli riguardo la mia posizione previdenziale presso l'Enpam. Ho svolto attività di Guardia Medica come sostituto dal luglio '83 al '86 poi titolare dal 1987 al 1994, Medico di Medicina Generale come incaricato nel 1988, poi titolare di convenzione dal 1989 e come Specialista Ambulatoriale ORL sostituto e incaricato dalla USL in vari periodi dal 1988 al 1991. Attualmente svolgo esclusiva attività di Medico di Medicina Generale (massimalista dal 1994).

Gradirei sapere in che data raggiungerò i requisiti minimi per la pensione e l'ipotetico importo della stessa confrontato con l'importo teorico a 70 anni, i vantaggi in termini di età pensionabile ed economici derivanti da un mio eventuale riscatto degli anni di laurea e consigli su come comportarmi relativamente ai contributi versati nel fondo della specialista ambulatoriale convenzionata (possibilità e convenienza o meno di ricongiunzione oppure anno di godimento e importo della pensione relativa se non ricongiunti ovvero eventuali soluzioni alternative).

Cordiali saluti e ringraziamenti.

Lettera firmata

Caro Collega,

i requisiti per godere della pensione di anzianità sono: 35 anni di contribuzione, 58 anni di età anagrafica e 30 anni di anzianità di laurea; nel tuo caso i predetti requisiti saranno maturati nel luglio 2018.

Ai sensi del disposto della L. 449/97, che prevede un differimento del godimento della pensione rispetto alla data di raggiungimento dei requisiti (c.d. "finestre di uscita"), potrai, peraltro, godere effettivamente del trattamento pensionistico solo a partire dal 1° aprile 2019. L'importo della prestazione a carico del Fondo dei Medici di Medicina Generale è quantificabile in circa euro 2.800,00 mensili lordi. Ti faccio, inoltre, presente che riscattando gli anni del corso legale di laurea - l'onere a tuo carico sarebbe pari a circa euro 70.000,00, peraltro rateizzabile - potresti accedere anticipatamente al trattamento di anzianità, a partire dal 1° gennaio 2017 (sempre considerando le succitate "finestre"). A tale data l'importo di pensione è quantificabile in circa euro 2.900,00 mensili. Qualora, invece, tu decidessi di proseguire l'attività professionale fino al compimento del 70° anno di età, matureresti una pensione di vecchiaia pari a circa euro 5.200,00 mensili lordi. Considerando nel calcolo i benefici derivanti dal riscatto degli studi universitari, il trattamento di cui godresti sarebbe di circa euro 6.100,00. I contributi versati presso il Fondo degli Specialisti Ambulatoriali ti daranno diritto a godere di un ulteriore trattamento previdenziale al compimento dell'età pensionabile. Non essendo in possesso delle medie orarie lavorative da te effettuate non è possibile, al momento, calcolare alcuna ipotesi previdenziale. Corre l'obbligo infine di precisare che, a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione.

Ti saluto cordialmente.

E.P.



PROIEZIONE FUTURA DELLA PENSIONE

Caro Presidente, nel giugno del 2013 raggiungo la meta dei 58 anni, più di 35 anni di contributi, più di 30 anni di iscrizione all'Ordine e quindi potrei andare in pensione. Ti faccio presente che attualmente la mia posizione previdenziale riguarda il mio lavoro nella medicina di base a cui sono stati convogliati i contributi di Guardia medica iniziati ed ho anche effettuato la ricongiunzione con dei versamenti Inps prece-

denti. Ho riscattato la laurea in gran parte con l'Inps e poco più di un anno con l'Enpam. Puoi farmi la proiezione a 58 e 60 anni della mia futura pensione con e senza il ritiro del 15% al momento del pensionamento? Vorrei avere le idee chiare anche per valutare un eventuale allineamento dei contributi. Ho anche dei versamenti come specialista Sumai: che fine faranno?

Ti ringrazio per la tua attenzione.

Lettera firmata

Caro Collega,

presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale, risultano versati in tuo favore euro 74.582,46. Tale importo non tiene conto della contribuzione versata all'Inps, per la quale hai presentato domanda di ricongiunzione all'Enpam e la cui istruttoria è ancora in corso di definizione.

Premesso quanto sopra, ho incaricato gli uffici competenti di ipotizzare le prestazioni previdenziali cui avresti diritto in caso di accettazione della proposta di ricongiunzione e considerando i riscatti effettuati.

Ti informo che matureresti i requisiti per godere della pensione di anzianità (35 anni di contribuzione, 58 anni di età anagrafica e 30 anni di anzianità di laurea) nel giugno 2013.

Ai sensi del disposto della L. 449/97, che prevede un differimento della pensione rispetto alla data di raggiungimento dei requisiti (c.d. "finestre di uscita"), potresti accedere effettivamente al trattamento pensionistico solo a partire dal 1° gennaio 2014; il relativo rateo di pensione è quantificabile in circa euro 1.900,00 mensili lordi.

Optando per la conversione in capitale del 15% della pensione maturata, come previsto dal Regolamento del Fondo, potresti godere di un'indennità in capitale pari a circa euro 52.000,00 lordi e di una rendita residua di circa euro 1.600,00 mensili lordi.

Peraltro, proseguendo l'attività fino al 60° anno di età, come da te richiesto, maturerai una pensione mensile lorda di circa euro 2.100,00; con il trattamento misto, a fronte di un'indennità pari a circa euro 54.200,00 lordi, la pensione residua sarebbe pari a circa euro 1.800,00 mensili lordi.

Per completezza di informazioni, ti trasmetto gli importi ipotetici della pensione di vecchiaia (a 65 anni) cui avresti diritto, sempre considerando la ricongiunzione dei periodi maturati presso le altre gestioni previdenziali.

La prestazione ammonterebbe a circa euro 2.800,00 mensili lordi e, con il trattamento misto ad euro 2.400,00, con un'indennità di circa euro 61.600,00.

Infine, ti faccio presente che qualora tu decidessi di non effettuare la ricongiunzione non matureresti i requisiti per il trattamento di anzianità e potresti, quindi, godere del solo trattamento di vecchiaia. In tal caso avresti diritto a circa euro 1.800,00 mensili lordi o, nell'altra ipotesi, ti verrebbe erogata un'indennità di circa euro 39.900,00, con un importo residuo di pensione mensile pari a circa euro 1.500,00.

Mi corre l'obbligo infine di precisare che, a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi in parola potrebbero subire variazioni. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione.

Ti saluto cordialmente.

E.P.



VIOLAZIONE DELL'OBBLIGO DI REPERIBILITÀ

a cura dell'Avv. Pasquale Dui (*)

Il medico ospedaliero ha il dovere di mettersi nelle condizioni di poter essere rintracciato laddove le esigenze di assistenza sanitaria lo richiedano

Con sentenza n. 14816 del 14 luglio 2005 la Corte di Cassazione ha precisato il concetto di reperibilità del personale medico. La vicenda riguarda l'impugnazione, da parte di un medico ospedaliero, del proprio licenziamento ritenuto discriminatorio perché determinato da ragioni sindacali.

Non vi è dubbio che il medico, il quale presti la propria opera nell'ambito di una struttura ospedaliera facente parte del Sistema sanitario nazionale, abbia con essa un rapporto di servizio.

La peculiarità di tale rapporto comporta una serie di obblighi, fra i quali: la destinazione di servizio, le turnazioni, il lavoro straordinario e la predetta reperibilità. Secondo la Cassazione, il concetto di reperibilità coincide con il dovere del medico di mettersi nelle condizioni di poter essere rintracciato laddove le esigenze di assistenza sanitaria lo richiedano.

A questo proposito, è assolutamente improprio sostenere l'esistenza di una prassi che comporti il prelievo, da parte delle forze dell'ordine o del servizio del 118, presso l'abitazione, di medici reperibili, i quali non abbiano risposto alla relativa chiamata.

Tale prassi, giustificabile solo nei casi di impossibilità oggettiva di ritrovare il medico in reperibilità, viene ritenuta dalla Cassazione inidonea a giustificare il comportamento inadempiente del ricorrente, il quale, in caso di impossibilità di garantire la propria reperibilità, è tenuto ad avvisare tempestivamente l'Azienda sanitaria di cui è dipendente.

È, dunque, dovere del medico predisporre ogni mezzo idoneo a consentire di essere rintracciato nelle fasce di reperibilità, attesa l'importanza dei valori in gioco, quali la salute e la vita dei cittadini, senza che a nulla rilevi l'intervento sostitutivo o aggiuntivo di terzi estranei.

Nel caso in esame, la Cassazione considera proporzionato il licenziamento intimato al lavoratore, motivato in relazione, non solo agli addebiti e alla loro natura, ma anche ai doveri di diligenza connessi ai compiti attribuiti al medico. In particolare, la Corte evidenzia come la reiterata violazione dei propri doveri, da parte del ricorrente, determini un'irrimediabile lesione del rapporto fiduciario intercorrente fra il medico/lavoratore e l'Azienda sanitaria. ■

(*) del Foro di Milano

PSICHIATRIA: IL MEDICO PAGA IL REATO DEL PAZIENTE

Tribunale di Bologna, Ufficio del Gip, Sentenza 27 gennaio 2006

“Non vi è dubbio che, specie in materia di colpa medica, un'imputazione oggettiva dell'evento fondata su base strettamente causale, condizionalistica, tenuto conto della misura di incertezza che permea la materia della clinica e della medicina in genere, comporterebbe la sostanziale rinuncia a sanzionare penalmente comportamenti spesso anche gravemente trascurati che incidono sul bene primario della vita umana. Al criterio di “certezza scientifica” si è quindi progressivamente sostituito quello di “certezza processuale” sulla base del quale sussiste il necessario nesso di causalità allorquando la condotta della gente sia stata condizione necessaria dell'evento con “alto o elevato grado di credibilità razionale” o “probabilità logica”. Nella pratica giudiziaria si osserva come sussistano ipotesi relative a condotte colpose e commissive nelle quali l'accertamento del nesso causale non diverge da quello che si avrebbe qualificando come omissiva la condotta della gente.

È chiaro che il sanitario che sbaglia la cura è in colpa avendo, dal punto di vista eziologico, posto in essere le condizioni positive dell'evento lesivo, ma allo stesso tempo, dal punto di vista giuridico, non avendo attivato le condizioni negative dello stesso. La sua condotta quindi, da un lato è condizione dell'evento perché lo determina (quanto meno accelerando i tempi del processo), dall'altro lo è ugualmente perché non attiva condizioni impeditive del medesimo.”

Spulciando qua e là

di Franziska Steno

Milano – Italia

NEWS Per riconciliarsi con la ex era ricorso perfino alla trasmissione Stranamore. Settimane fa davanti alle telecamere aveva supplicato l'amata di dimenticare le incomprensioni e tornare da lui. Ma al rifiuto della donna, che ai microfoni tv gli ha risposto picche, non si è rassegnato. L'ha seguita e l'ha molestata per giorni. Fino a quando, dopo averla tamponata con l'auto, l'ha aggredita. E la love story si è conclusa con le manette: Pietro, 48 anni, è stato arrestato e accusato di lesioni, danneggiamento e rapina.

Cavoli riscaldati né amore ritornato non fu mai buono.

Giulio Cesare Croce - "Bertoldo e Bertoldino"

Roma – Italia

NEWS È entrata in un negozio di via di Borgo Santo Spirito, a due passi da San Pietro, e si è comodamente messa a dormire in vetrina. Solo l'intervento di una pattuglia della polizia è riuscita a far allontanare una clochard. La titolare del negozio aveva provato, inutilmente, a farla uscire e quindi si è decisa a chiamare il 113.

È il sonno, ozio de l'alme, oblio de' mali.

Torquato Tasso - "Gerusalemme liberata"

Los Angeles - Stati Uniti

NEWS Sarà operativo nel 2010, lungo come due campi da calcio. È il dirigibile, hotel di lusso, che sta progettando un'impresa americana. Potrà trasportare 400 tonnellate di carico e si propone come una "crociera volante" per i cieli della California. Volerà a un'altezza di circa 8mila piedi e all'interno potranno esserci un ristorante e una discoteca per 180 ospiti. Il dirigibile coprirà la tratta Los Angeles – New York in 18 ore.

Il lusso è una virtù nobile, che non va confusa con il comfort.

Jean Cocteau - "Lettera agli americani"

Londra Gran Bretagna

NEWS Nelle corsie degli ospedali inglesi non si vedranno più medici in cravatta. Lo ha stabilito l'associazione dei dottori, che obbliga tutti gli iscritti ad avere anche i polsini delle camicie puliti, le unghie corte e nessun gioiello su mani e polsi. La decisione della British Medical Association arriva dopo la ricerca svolta al Medical Center di Queens (New York): il giovane medico Steven Nurkin nel 2004 ha contato i germi presenti sull'accessorio indossato dai medici, spesso lasciato libero di svolazzare vicino ai visi dei pazienti durante le visite. Ha scoperto che sulla metà delle 42 cravatte esaminate si annidava una grande quantità di batteri, tra cui il pericoloso stafilococco aureo, resistente anche agli antibiotici.

L'uomo non vive di solo sapone.

Gilbert Keith Chesterton - "All I survey"

Parigi – Francia

NEWS È datato 11 milioni d'anni fa il primo "miao" udito sulla Terra. Da allora i felini, partendo dall'Asia, hanno compiuto ben dieci migrazioni intercontinentali, conquistato il mondo e, naturalmente, la specie umana. Nei secoli si sono suddivisi in famiglie che un gruppo internazionale di scienziati ha recentemente studiato, dopo aver ricostruito l'albero genealogico dei felini, gatti domestici compresi. Gli studiosi hanno raccolto il DNA dei cromosomi X e Y e quello mitocondriale da tutte e 37 le specie viventi di gatti, ricostruendo "l'albero dei gatti", che ha otto rami, o lignaggi principali: a quello "feroce" appartengono tigri, giaguari, leopardi delle nevi e leoni. Sono seguiti il caracal, l'ocelot, la lince e il puma. Sei milioni e mezzo di anni fa sono comparsi i leopardi asiatici e infine i gatti, che hanno popolato tutti i continenti, con la sola esclusione dell'Antartide. L'alleanza dell'uomo con il gatto è sempre stata fatta risalire a 6mila anni fa: era basata sulla capacità del piccolo felino di cacciare topi e pertanto di difendere granai e dispense. Ma due anni fa alcuni archeologi francesi hanno ritrovato a Cipro i resti di un gatto domestico. Le sue ossa erano all'interno di una tomba del neolitico (risalente a circa 9mila anni fa), proprio accanto a quelle del suo padrone.

Quando gioco con la mia gatta, chi sa se lei non si diverte con me più di quanto mi diverto io con lei.

Michel de Montaigne - "Saggi"

EOLO PARODI E WALTER PASINI HANNO PRESENTATO IL "PASSAPORTO SANITARIO"

Nel corso di un'affollata conferenza stampa, il presidente dell'Enpam, prof. Eolo Parodi con al fianco il prof. Walter Pasini, direttore Centro OMS Medicina del Turismo, ha presentato il nuovo "Passaporto Sanitario". Tradotto in nove lingue, comprese l'arabo, il russo ed il cinese, il "Passaporto Sanitario" sarà per la prima volta affidato ai medici di famiglia (a loro verrà inviato un milione di copie) ai quali è stata chiesta una fattiva collaborazione già offerta, in prima persona, dal segretario generale della Fimmg dott. Mario Falconi, nel corso di un'intervista radiofonica. L'iniziativa è nata da una direttiva del Parlamento Europeo promossa dal presidente Eolo Parodi quando ricopriva la carica di europarlamentare. Si tratta di un documento che contiene informazioni sullo stato di salute del viaggiatore, suddiviso in tre parti:

- 1) dati di identificazione personale ed indicazione di chi avviare in caso di necessità;
- 2) informazioni sul gruppo sanguigno ed eventuali allergie, precedenti malattie, vaccinazioni eseguite, tipo di chemioprofilassi, eventuali farmaci assunti;
- 3) consigli sanitari per il viaggiatore.

In questo modo il "Passaporto Sanitario" fornisce al medico straniero che dovesse prendersi cura del turista italiano una conoscenza dei suoi precedenti anamnestici e del suo stato di salute, al fine di porsi nella condizione di fare una diagnosi accurata e di definire una corretta terapia. Il "Passaporto Sanitario" è utile anche al medico di fiducia del viaggiatore, in quanto gli fornisce informazioni sull'area geografica visitata e sugli eventuali disturbi accusati durante il viaggio, ma soprattutto - come ha ricordato il presidente Parodi - il **"Passaporto Sanitario" serve anche e soprattutto per coloro che emigrano in Italia, dei quali non si conosce l'anamnesi. Ciò contribuirebbe a tenere lontane dal nostro Paese malattie che credevamo completamente debellate e che invece - sostiene Parodi - si affacciano di nuovo pericolosamente.**

IN MORTE D'UN PEDIATRA

Quando lo vedevano passeggiare per le strade di Ostia o nel villaggio dei pescatori uomini, donne e bambini lo salutavano con affettuosa riverenza. Era stato, per quasi tutti: il pediatra. Il medico che li aveva raccolti appena nati e, per anni, li aveva seguiti, curati, aiutati ad affrontare le difficoltà della vita e, soprattutto, amati.

Duilio Lodovichetti era un bravo medico e un uomo buono. Se ne è andato a 86 anni, quasi in silenzio. Ha lasciato i suoi pazienti, molti con i capelli bianchi, sapendo che l'avrebbero ricordato anche perché lui aveva donato alla comunità un piccolo campo di calcio dedicato alla memoria di un figlio che aveva perso giovanissimo. Un dolore quello, che lo accompagnò per tutta la vita e che si affievoliva, forse, quando accarezzava il volto di un bambino. Alla moglie, alla figlia e alla nipote nostra dipendente, le sincere condoglianze che estendiamo all'Ordine di Roma dove il dott. Lodovichetti s'era iscritto nel 1946.

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

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

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

Redazione: Via Torino, 38 - 00184 Roma
giornale@enpam.it

Editore: Fondazione ENPAM

Foto: Archivio ENPAM

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

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

Concessionaria Pubblicità

S.P.E. Società Pubblicità Editoriale spa
Viale Milanofiori str.3 - PAL.B/10 - 20090 Assago (MI)
Tel. 02 575771 - Fax 02/57577364
Via Enrico Mattei, 106 - 40138 Bologna
Tel. 051 6033900 - Fax 051 6033907

In collaborazione con:

CONTRACTA srl

Via Simone d'Orsenigo, 21 - 20135 Milano
Tel. 02 55 195 259 - Fax 02 55 017 411

MENSILE - ANNO VIII - N. 3 DEL 21/03/2006
COPIE 415mila

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

Via Torino, 38 - 00184 Roma

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Tel. 06 48294814 - Fax 06 48294793
email: c.ciocci@enpam.it

OTTIMIZZAZIONE

Claudia Furlanetto: Tel. 06 48294534
email: c.furlanetto@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermoni

email: studio.sermoni@email.it

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260
email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

Alessia Benussi: Tel. 06 48294887 - Fax 06 48294260/793
email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno: tel. 06 48294890
email: archivio.giornale@enpam.it