



Visita il tuo sito

www.enpam.it

Nell'area pubblica

- news
- fondazione
- regolamenti
- giornale della previdenza
- postazioni informative
- servizi integrativi
- rassegna stampa
- previdenza
- link
- offerte di locazione
- avvisi di gara



E.N.P.A.M.

Al servizio degli iscritti

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

Per informazioni:

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

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

3	Senza indugi senza paure	40-41	Iniziative sanitarie
4	Polizza Sanitaria Enpam	42-43	Recensioni libri
5	Basta con attacchi alla professione	44-45	Vita degli Ordini
6-7-8	A come Assistenza	46-47	Organizzazioni non governative
9	Previdenza: età post-lavorativa	48	Cinema: lo scenografo
10-11	Il rischio in previdenza	49	Musica: la chitarra Fender
12-13-14	I medici senza età in India	50	Mostre ed esposizioni in Italia
16-17	L'intervista/1: Pier Paolo Mariani	51	Arte: Piero della Francesca
18-19	L'intervista/2: Giorgio Walter Canonica	52	Dermatite atopica
20	Stress e rischio cardiovascolare	53	Farmacogenomica
21	Allarme Onaosi anche per noi?	54-55	Il corso della SIFoP
22	Medici celebri: Maria Montessori	56	Erbe: la Segale cornuta
23	Così morì Napoleone	57	Sindromi della sfera psichiatrica
24-25	Epidemiologia sociale: status syndrome	58 59	In-editoria
26-27	Collo dell'utero: vaccino anticancro	60-61	Lettere al Presidente
28-29	Società, l'agguato del cattivo gusto	62	Filatelìa
30-31	Viaggi: Caraibi francesi	63	L'avvocato
32	Accadde a... Aprile	64	Federspev
33-39	Congressi, convegni, corsi		

Curiosità sul Padre della psicoanalisi

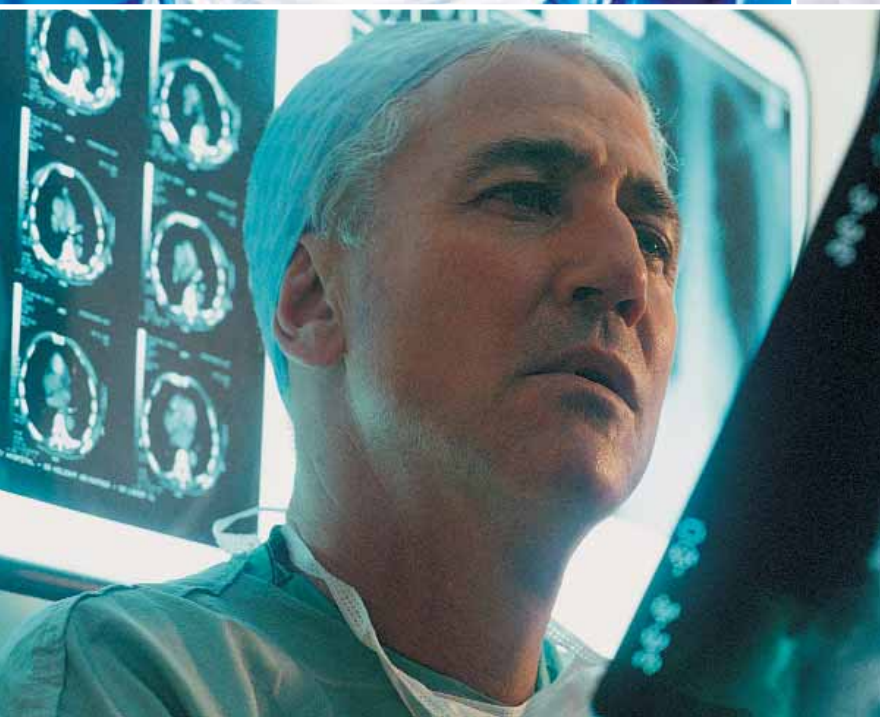
Sigmund Freud, minacciato dai nazisti fin dal 1930 perché ebreo (le sue opere erano sulla lista nera dei libri che dovevano essere bruciati), decise, nel 1938, di lasciare Vienna insieme alla figlia Anna e alla moglie Martha per rifugiarsi nell'esilio londinese. Quattro sorelle di Freud morirono nei campi di sterminio: la figlia Anna, sequestrata dalla Gestapo, ottenne la libertà poco prima di seguire il padre in Inghilterra. Il professore sul letto di morte rivolto al medico di fiducia disse poco prima di spirare: "Ora non è più che tortura. Non ha senso". Freud fumò sigari per tutta la vita, anche dopo l'asportazione della mascella per un cancro: una scatola di sigari al giorno sino alla fine. Anna Freud fu una psicologa di valore e si occupò dell'infanzia e dello sviluppo del bambino. A Sigmund Freud è stato dedicato un cratere sulla Luna.





FONDAZIONE E.N.P.A.M.

70 anni al servizio dei medici e degli odontoiatri italiani



Al servizio degli iscritti



Senza indugi senza paure

di Eolo Parodi

La Finanziaria 2007 ha portato rilevanti novità per gli Enti previdenziali privati.

A fronte dell'ampliamento dell'autonomia normativa (oggi possiamo adottare qualsiasi provvedimento necessario per la salvaguardia dell'equilibrio finanziario di lungo termine; prima l'art. 3, comma 12 della legge n.335/95 consentiva esplicitamente agli Enti solo di intervenire sulle aliquote contributive, sui coefficienti di rendimento e sui criteri di determinazione della prestazione pensionistica) ha disposto che la stabilità delle gestioni è da ricondursi ad un arco temporale non inferiore ai 30 anni.

Recita ancora la norma che, qualora l'Ente non affronti le esigenze di riequilibrio, sentito l'Ente interessato nonché le valutazioni del Nucleo di valutazione della spesa previden-

ziale, i ministeri vigilanti con decreto provvedono alla nomina di un commissario straordinario che adotta i provvedimenti necessari per il riequilibrio della gestione. Sino al ristabilimento dell'equilibrio finanziario sono sospesi tutti i poteri degli organi di amministrazione dell'Ente.

È un segnale di allarme? È una minaccia o la scusa per rigettare le nostre legittime richieste?

Certo non sarà facile per nessun Ente rappresentare l'equilibrio delle gestioni per 30 anni.

Non credo, comunque, che a breve ci possa essere rischio di iniziative ministeriali nel senso su esplicato, anche perché, come dichiarato dal Presidente del Nucleo di valutazione della spesa previdenziale, devono prima essere individuati, in maniera condivisa con gli Enti, idonei indicatori dello stato di salute delle gestioni.

Una ulteriore riflessione nasce dall'altra disposizione recata dalla Finanziaria: il bilancio tecnico deve essere redatto secondo criteri determinati con decreto del ministero del Lavoro di concerto con il ministero dell'Economia.

È da presumere che per questa via saranno posti dei rigidi paletti sulla scelta delle basi tecniche, demografiche, economiche e finanziarie sulle quali dovranno essere costruiti i bilanci tecnici.

Non si può, peraltro, dimenticare che, con recenti provvedimenti legislativi, è stata già affidata all'Inps la regia del casellario centrale degli attivi e la gestione dei trattamenti di pensione da totalizzazione. In questo scenario non è, quindi, consentito assumere atteggiamenti attendistici e passivi, ma occorre agire per:

- favorire un tavolo di confronto stabile con i ministeri con l'attiva partecipazione della Fondazione;
- monitorare le gestioni per incominciare a delineare le necessarie misure di salvaguardia dei Fondi nel rispetto dei nuovi parametri imposti dalla legge;
- ottimizzare al massimo gli investimenti mobiliari ed immobiliari che devono rappresentare un sempre più funzionale ed adeguato sostegno alla previdenza;
- riaprire il problema della doppia tassazione (sul rendimento degli investimenti e sul pagamento delle pensioni), chiedendo almeno l'equiparazio-

ne del regime fiscale della previdenza obbligatoria di base con quello già vigente per la previdenza complementare;

- favorire il decollo della previdenza complementare (i giornali già riportano notizie di un accordo tra Governo e Sindacati sul Fondo pensione integrativa per i dipendenti della sanità e degli Enti locali).

Non intendo assolutamente fare terrorismo, ma richiamare tutti, dalla Federazione degli Ordini agli Ordini stessi, dai Sindacati all'Adepp e alle altre categorie professionali, ad agire con forza e prontezza su tutti i fronti, là dove si cerca di minare la nostra libertà.

Non abbiamo paura: ancora una volta consiglio le Istituzioni e le persone che pensano di minacciare la nostra opera a ritirarsi in buon ordine ed a rendersi conto che noi difenderemo i nostri diritti con tutti i mezzi possibili.

In realtà è un allarme per tutti i professionisti italiani. •



Il Presidente
Eolo Parodi

Attenzione: sta arrivando la nuova polizza sanitaria

Il 31 maggio scade la Polizza Sanitaria. Essa ha avuto un grande successo sia per il numero di adesioni che per i risultati soddisfacenti di chi ne ha usufruito.

A questo punto diviene per noi un imperativo morale continuare e migliorare.

Ribadisco ancora una volta che l'Enpam tratta una Polizza Sanitaria volontaria con le Assicurazioni Generali, cerca di gestirla nella maniera più opportuna ma il rapporto sotto tutti i profili, anche giuridici, è tra il medico e le stesse Assicurazioni Generali.

Le trattative sono in corso per migliorarla, ampliarla là dove c'è stato unanimemente richiesto, cercando di aumentare al minimo l'onere del premio.

Credo che l'Ente sia in procinto di offrirvi una polizza che è stata definita la migliore esistente oggi in Italia e che viene anche presa d'esempio in alcuni Paesi europei.

Abbiamo di fronte anche il problema che negli ultimi tre anni le Assicurazioni Generali hanno subito un deficit di circa due milioni di euro all'anno.

Tale negatività, che abbiamo del resto accuratamente verificato e monitorato, è dovuta sia all'aumento della gestione per gli incrementi inflattivi, sia per l'eccesso di costo rispetto ad altre categorie assicurate su identiche prestazioni.

Troppo spesso riscontriamo superiori spese delle prestazioni professionali presentate per ogni singolo evento.

Tutto ciò un po' sorprende trattandosi di un rapporto che comunque coinvolge medici da entrambe le parti.

Pubblicheremo al più presto il testo della nuova convenzione, ma è ancora una volta opportuno rilevare che a fronte di aumenti contenuti del premio sono notevolmente migliorate tutele e garanzie.

Per adesso mi limito ad avvertire i medici di fare attenzione per un rinnovo specie da parte di coloro che non hanno più alcuna tutela assicurativa.

Siamo tutti impegnati a far conoscere la polizza, a spiegarla, ad evidenziarne le migliori, ma tutto deve essere nella logica di aumentare al massimo le iscrizioni dei medici, degli odontoiatri e dei familiari. Perciò attenzione.

E. P.

N.B. Sul sito www.enpam.it c'è già il testo della polizza



di Mario Falconi (*)

La nostra professione vive ormai in maniera strutturale una situazione schizofrenica, che impedisce alla maggior parte di noi di operare serenamente nell'interesse primario della tutela della salute dei cittadini.

Da una parte importanti istituzioni internazionali, quali l'Oms e l'Ocse, certificano i brillanti risultati conseguiti nella sanità italiana anche in presenza di un cronico sotto-finanziamento, dall'altra numerosi e veementi attacchi della stampa e degli Organi preposti diffondono in modo intempestivo ed inopportuno notizie ed inserzioni, molto spesso esclusivamente scandalistiche, che sembrano indicare solo nei medici i responsabili di ogni malfunzionamento del sistema. Tutto ciò determina una miscela esplosiva, con il progressivo incremento della sfiducia verso la classe medica, che porta ad un aumento delle denunce alla Magistratura e, cosa ancor più grave, l'affermarsi di una pericolosa medicina difensiva. La medicina difensiva non solo non ha nulla a che vedere con la vera tutela della salute dei cittadini, ma determina una inappropriata voragine di spesa improduttiva che rischia di portare il Ssn alla bancarotta finanziaria con danni irreparabili anche per il nostro Ente di previdenza.

Registriamo con piacere che anche l'editorialista di *La Repubblica*, Mario Pirani, scri-

Basta attacchi alla professione

A rischio la tenuta del Ssn e la Fondazione Enpam

vendo un articolo dal titolo: "Sanità, Livia attenta i ladri non sono i medici", si è fatto interprete delle nostre veementi proteste determinate anche da un improvvido manifesto apparso sulla home page del sito del Ministero della Salute nel quale, di fatto, si addossa la responsabilità della "malasanità" esclusivamente al personale sanitario.

In tale articolo si legge tra l'altro "[...] Si è così sancito anche legalmente il rovesciamento plateale di una verità che è sotto gli occhi di tutti e che abbiamo denunciato infinite volte: la malasanità (un termine equivoco che aborro) è in primo luogo imputabile alla invasione dei partiti, alle nomine cui direttori generali sono indotti, agli appalti con ditte e cooperative indicate dai politici di turno, alle convenzioni non sempre limpide realizzate da amministratori compiacenti con cliniche e laboratori privati. La sunnominata home page ha giustamente suscitato la protesta dell'Ordine dei Medici di Roma che si sono rivolti ai colleghi di tutta Italia per una decisa reazione ad una situazione non più sostenibile di delegittimazione della professione. Quasi in concomitanza è uscita a pagamento su alcuni quotidiani una lettera aperta di tutte le

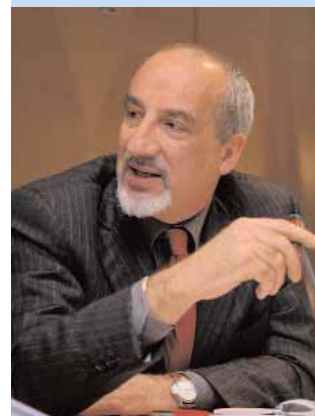
associazioni dei chirurghi italiani di ogni specialità, esasperati per gli attacchi che tendono ad attribuire loro tutti i disservizi e le deficienze strutturali degli ospedali. Si ricorda che ai medici è stata tolta ogni possibilità di gestire risorse umane e materiali negli ospedali. Tutti gli appalti per l'edilizia, vitto, pulizie, farmaci, presidi medici, vigilanza, assicurazioni ed i concorsi, sono di pertinenza esclusiva degli amministratori, nominati direttamente dal potere politico [...]".

Evidentemente protestare e lottare in maniera decisa per tutelare realmente la salute dei cittadini e cercare di restituire dignità e tranquillità a tutti i professionisti sanitari italiani comincia a produrre qualche risultato.

Non possiamo infatti non condividere alcune dichiarazioni rilasciate di recente dall'On. Livia Turco in una lunga intervista ad un importante quotidiano economico italiano nel quale il Ministro auspica tra l'altro "[...] un patto civico per spezzare l'uso perverso della gestione di Asl ed Ospedali da parte dei partiti, perché a tutti i livelli deve trionfare la meritocrazia: questo è il vero riformismo in sanità".

I medici italiani, perfettamente consci del proprio valore, orgogliosi di aver con-

Mario Falconi



tribuito in maniera determinante a portare il nostro Paese ad elevati livelli di tutela della salute dei cittadini, pur consci di dover e poter rimuovere alcune proprie criticità (in tema per esempio di consenso informato o di terapia del dolore), hanno assoluto bisogno di operare con più tranquillità e soprattutto più libertà nel "governo clinico".

In un Paese come l'Italia, nel quale ogni anno circa trecentomila famiglie si impoveriscono in seguito a gravi problemi di salute e addirittura circa un milione di esse sono soggette a spese "catastrofiche", occorrono notevoli capacità di governo e finanziamenti adeguati.

Se verrà onorato realmente, come afferma il Ministro "il patto civico per premiare solo il medico e cacciare la politica dalla gestione del Ssn" potremo avere più certezze per il nostro delicato ruolo professionale, per la tenuta del sistema sanitario, ma anche per la nostra Fondazione Enpam.

(*) Vice presidente vicario Enpam

A come Assistenza nel cuore di Enpam

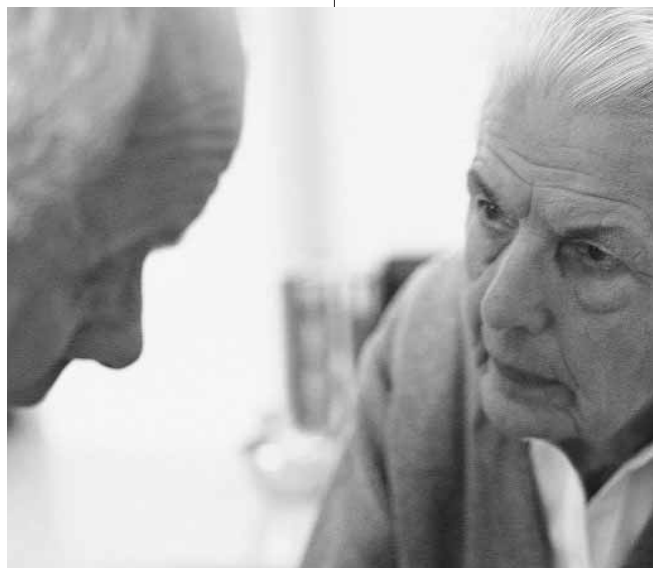
È una delle attività che il nostro Ente svolge a favore dei medici e degli odontoiatri. L'esperienza insegna che sono tante le situazioni critiche che meriterebbero grandi interventi di solidarietà specie nella vita post lavorativa, quando il reddito si assottiglia e le amicizie diradano

di **Giampiero Malagnino (*)**

Qualcuno fra i colleghi più giovani potrebbe domandarsi cosa sta ad indicare la lettera A nell'acronimo Enpam. La risposta è semplice anche se può non venire subito in mente. L'Assistenza è infatti una delle attività che il nostro Ente svolge a favore dei Medici e degli Odontoiatri italiani ma, come fosse una sorella minore, quasi scompare davanti al ruolo più ampio svolto dalla Previdenza, protagonista assoluta fra le competenze specifiche che la legge istitutiva attribuisce all'Enpam. E i numeri confermano questa differenza d'importanza: a fronte di una spesa complessiva per il pagamento delle varie pensioni che derivano dai Fondi amministrati, che per l'anno 2005 è stata pari a circa 150 milioni di euro, l'Enpam nel-

lo stesso periodo ha distribuito per prestazioni assistenziali straordinarie una cifra complessiva di 3.162.000 euro, addirittura quattro milioni in meno di quanto previsto dal regolamento che stabilisce

permettono di accedere al contributo assistenziale (interventi chirurgici; malattia grave o decesso dell'iscritto; handicap grave, non autosufficienza, assistenza domiciliare; eventi imprevisti; calamità natu-



per l'importo erogabile un tetto massimo del 5% rispetto a quanto pagato per le pensioni. E le cose non sono cambiate nel 2006, quando ad un aumento della spesa pensionistica di circa il 10% non è corrisposta un'analoga crescita per l'assistenza, ancora ben al di sotto dei 7,5 milioni erogabili. Vista la natura delle motivazioni che

rali; spese funerarie ecc.) ci sarebbe quindi solo da rallegrarsi che la nostra categoria stia godendo di una condizione abbastanza tranquilla e soddisfacente, ma le cose non stanno sempre così. Da una profonda analisi, infatti, è emerso che il non ricorso ai Fondi di Assistenza non è dovuto solo a uno stato di grazia in cui si trovereb-

Giampiero Malagnino



bero i colleghi, ma ad almeno due altre ragioni di non secondaria importanza. In primo luogo, il requisito reddituale annuo finora vigente, al di sotto del quale si ha diritto alla concessione della prestazione, è stato fino al 2006 abbastanza basso, pari a 4 volte l'importo del trattamento minimo dell'Inps. Nella seduta del Consiglio di Amministrazione del 26 gennaio 2007, in considerazione delle risorse economiche disponibili, e soprattutto per assicurare una maggiore e più incisiva tutela a favore degli iscritti, è stato pertanto deciso di procedere alla revisione di alcune regole previste dai Regolamenti, a partire proprio dall'importo del reddito di riferimento che è così diventato sei

**Non tutti
conoscono
le disposizioni
che regolano
il sistema**

**Assicurata
una maggiore
e più incisiva
tutela degli
iscritti**

La triste storia di un collega doverosamente aiutato

volte quello del trattamento minimo dell'Inps. Tale limite è stato poi aumentato di un ulteriore sesto per ogni componente il nucleo familiare, escluso il richiedente. Crescono da 450 a 500 euro mensili il contributo per l'assistenza domiciliare e anche la misura della prestazione straordinaria consentita che da 6.200 arriva ora ai 7.000 euro indicizzati, massimo due volte ogni anno solare. Inoltre, è stato alzato da 8.500 a 12.000 euro il reddito annuo complessivo minimo al di sotto del quale, per sostenere un eventuale stato di bisogno, potranno essere erogate ulteriori prestazioni assistenziali al di fuori di quelle precedentemente elencate, fino a un massimo di 5.000 euro. Purtroppo non stiamo parlando di casi limite, ma di vita reale. Non sempre, infatti, la carriera professionale di un medico si conclude con una pensione sufficiente a garantirgli una vita dignitosa. Sfortunatamente ci sono anche casi che sfiorano l'indigenza. Inoltre si possono venire a verificare eventi drammatici e improvvisi che sconvolgono l'esistenza di una famiglia e di una attività professionale (incidenti, invalidità, malat-

tie gravi e debilitanti, eventi e calamità naturali ecc.) e non sempre si è in grado, da soli, di far fronte alle spese improvvise. Da ciò la necessità di poter trovare nel proprio Ente il supporto economico per cui tutti versiamo un contributo di solidarietà. Perché - diciamolo con forza e convinzione - di solidarietà si tratta e non di assistenzialismo e ancor meno di carità. Perché chi si rivolge a noi non lo fa quasi mai a voce alta e quantomeno con arroganza, ma spesso avanza la domanda con riservatezza e timidezza, come se l'Ente fosse una struttura amica cui chiedere non soldi ma una speranza per rialzarsi, per andare avanti, per non soccombere o cedere alla sfortuna, agli eventi, e talvolta agli strozzini. Una condizione, quest'ultima, in cui si era venuto a trovare un collega - che chiameremo Luigi - il quale a

74 anni si è trovato prima a sostenere le spese per la lunga assistenza domiciliare per la moglie affetta da una rara malattia, poi al ricovero in una residenza per pazienti non autosufficienti e poi, alla fine del lungo calvario, alle spese per il funerale e la tomba. In pochi anni tutti i risparmi sono lentamente scivolati via, la pensione mensile di circa 1300 euro bastava appena a coprire le spese correnti, così per una persona orgogliosa e moralmente a terra, le difficoltà, come i nodi, sono venuti al pettine. Prima l'ipoteca sulla casa e poi il rifiuto di un prestito dalla banca, fino allora rispettosa e piena di premure, che non ha trovato altre garanzie. Il primo passo verso gli strozzini è stato quasi inevitabile, ma per fortuna Luigi si è confidato con un collega che gli ha suggerito di rivolgersi all'Enpam in cerca di aiuto. La

Si tratta di solidarietà e non di assistenzialismo

sua lettera ci ha subito colpito per la grande dignità con cui veniva raccontata una storia che ancor prima di un gesto disperato era una dichiarazione d'affetto per la professione svolta per una vita, per una donna amata per oltre quarant'anni, per una esistenza che al di là degli eventi recenti gli aveva dato tanta gioia e soddisfazione. Una rapida istruttoria della pratica e il contributo è stato subito erogato permettendo a Luigi di uscire dalla drammatica spirale che lo stava annientando. Perché, è inutile negarlo, quando il mondo sembra andare a rotoli c'è sempre una possibilità per risolvere i problemi e venirne fuori. Il problema è che spesso neanche lo si sa. E qui arriviamo a un'altra ipotesi che potrebbe spiegare il non completo utilizzo dei fondi per l'assistenza.

L'esperienza c'insegna, infatti, che sono tante, ma tante di più, le situazioni che meriterebbero un nostro intervento di solidarietà, specie nel momento della vita post lavorativa in cui il reddito si assottiglia, le amicizie si diradano, i partner scompaiono e la salute diventa malferma. Ma purtroppo non tutti conoscono le disposi-

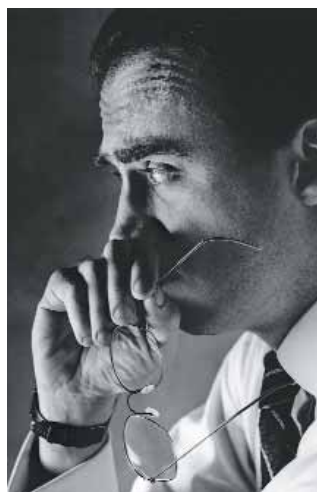


**Lo scorso anno
sono stati
distribuiti solo
30.000 euro**

zioni che regolano il nostro sistema assistenziale. Per tutta la vita professionale l'Enpam raccoglie i nostri soldi - superfluo dirlo - non come imposte e tributi ma come contributi in parte obbligatori e in parte volontari, dalla cui gestione scaturiscono diritti sia di natura previdenziale che, nel caso, assistenziale. Tornando alla domanda che apriva questo articolo, per i meno esperti, cerchiamo allora di chiarire in maniera semplice e chiara cosa significa la lettera A dell'acronimo Enpam. Per farlo partiamo ricordando che tutti i Medici e gli Odontoiatri italiani iscritti all'Ordine versano un contributo annuale che va ad alimentare il cosiddetto Fondo di Previdenza Generale Quota "A". Il cinque per cento di quanto raccolto costituisce il già ricordato massimo erogabile in assistenza a favore di tutti gli iscritti. Ma questo non è tutto. I liberi professionisti, oltre a pagare la quota A, versano altri contributi che vanno ad alimentare il Fondo della Libera Professione ovvero la Quota "B" del Fondo Generale. A loro sono quindi riservate prestazioni assistenziali aggiuntive garantite dalla metà dell'aliquo-

ta dell'1% applicata sul reddito superiore ai 60 milioni di lire indicizzati del 1992. In altre parole ulteriori 5 milioni di euro annui disponibili per far fronte ai casi più gravi. Ma di questi soldi sapete quanto è stato redistribuito nel corso degli ultimi anni? Appena 2.600 euro nel 2004 e 54.000 nel 2005. Non si è andato oltre i 30.000 nel 2006. Speriamo ancora una volta che ciò fotografi al meglio la situazione economica di tutti i colleghi liberi professionisti, alcuni dei quali peraltro potrebbero aver visto soddisfatte le loro necessità attraverso la solidarietà del Fondo generale Quota "A". Comunque, tranquillizzatevi, i soldi stanziati e non spesi non si perdono né vanno usati per altre attività. Continuano a restare nei Fondi di provenienza e a produrre interessi. Che oltre a garantirci le pensioni ci permetteranno altri gesti di solidarietà in futuro.

(*) *Vice presidente
Enpam*



Riscatti di allineamento Riassorbire l'arretrato

Quanti hanno già presentato la domanda di riscatto di allineamento contributivo presso i Fondi dell'Enpam (Quota "A" del Fondo di previdenza generale, Fondo della libera professione e Fondo dei medici di medicina generale) avranno la possibilità di conoscere entro tempi brevi costi e benefici dell'operazione.

Il Dipartimento della Previdenza ha, infatti, sviluppato un progetto operativo che riflette una diversa modalità di organizzazione del lavoro, volta alla progressiva riduzione delle attività ripetitive di mero controllo materiale ed all'utilizzazione sinergica delle risorse umane per lo svolgimento di attività maggiormente qualificate. Con il supporto del Dipartimento Elaborazione Dati è stato notevolmente ampliato il livello di automazione dell'attività di gestione delle pratiche: in buona sostanza, se la posizione contributiva degli iscritti è regolare e rientra, quindi, in una griglia di requisiti predeterminata le domande di riscatto saranno liquidate informaticamente quasi in automatico; viceversa (ma si tratta di un numero marginale di casi) le pratiche saranno defini-

te secondo un più convenzionale procedimento "manuale" ad opera dei funzionari incaricati.

Inoltre, al fine di garantire la congruenza con il trattamento finale dell'incremento di pensione richiesto, è stata prevista la realizzazione di un archivio nel quale sono memorizzati gli importi dei contributi per anno di riferimento. L'obiettivo è quello di azzerare l'arretrato, di circa 3500 domande, inviando agli interessati, già nei prossimi mesi e, comunque, entro la prossima estate, le specifiche di calcolo relative all'onere ed agli incrementi pensionistici del riscatto di allineamento.

Va, peraltro, ricordato che gli iscritti che hanno presentato le domande di riscatto hanno, comunque, potuto già beneficiare dell'incentivo legato alla totale deducibilità dall'imponibile fiscale degli importi versati alla Fondazione in acconto.

A regime le nuove domande saranno evase secondo una fisiologica tempistica amministrativa e, quindi, non oltre un semestre dalla loro presentazione.

*Dott. Ernesto del Sordo
Vice direttore
generale Enpam*

Miglioramenti economici nell'età post-lavorativa

di Marco Perelli Ercolini (*)

Abbiamo già più volte detto che l'ombrello della previdenza obbligatoria va sempre più limitando le sue prestazioni, in parte per una carriera limitata per accessi tardivi nel mondo del lavoro, in parte per correzioni attuariali delle Casse previdenziali sempre più in sofferenza per l'aumento delle speranze di vita e per incassi contributivi sempre più esigui, dovuti per l'Inpdap a una diminuzione dei medici in rapporto di dipendenza per la preferenza degli Amministratori ai contratti libero-professionali meno onerosi, mentre per l'Enpam una ingravescente diminuzione degli accessi di nuove iscrizioni con una acuzie prevista tra qualche anno quando avremo la così detta "gobba".

Ma posto come dato di fatto che la futura pensione scenderà a un 65, 50, 45 per cento dell'ultima retribuzione, cosa può fare il medico per cercare di mantenere risorse economiche adeguate al suo tenore di vita o quanto meno a una vita dignitosa nel postlavorativo?

La risposta è facile: integrare quanto la pensione obbligatoria non è più in grado di dare. Le risoluzioni però sono più difficili e varie...

Tra le varie forme di tesaurizzazione non sono da sottovalutare le possibilità offerte dai riscatti e da eventuali allineamenti contributivi.

Infatti per redditi imponibili medio-alti ove la scure fiscale per l'aliquota marginale va a superare il 40 per cento (oltre le eventuali addizionali comunali e regionali), il destinare determinate somme alla pre-

videnza, con la possibilità della totale deducibilità fiscale, significa addossare allo Stato buona parte dell'onere del riscatto e con piccole integrazioni rateizzabili costruire un miglior castelletto pensionistico: dunque manovra previdenziale a costo molto contenuto, ma con discreti benefici sicuri all'età pensionabile, al contrario dei Fondi pensione dove la prestazione futura non è certa, ma ancorata ai flussi del mercato finanziario. Infatti il riscatto degli anni di laurea, specializzazione, servizio militare (che nelle dipendenze è gratuito) o di allineamento danno prestazioni certe, modificabili solo da correzioni normative che però non possono ignorare le legittime aspettative consolidate nel tempo e sequenziali a sacrifici contributivi. Ricordiamo che i contributi sono legati alla retribu-

Che cosa può o deve fare il medico?

zione in atto o nell'Enpam al montante contributivo, ma soprattutto all'età anagrafica. Dunque è evidente come sia più vantaggioso inoltrare la domanda appena maturati i requisiti ponendo un punto fermo per i calcoli che vengono fatti per determinare la riserva matematica a garanzia del futuro trattamento economico; in seguito, al ricevimento del piano di ammortamento, ciascuno potrà fare le dovute valutazioni se accettare o non accettare di pagare i contributi richiesti: infatti la domanda non è vincolante.

(*) Consigliere Enpam

EFFETTI SUL CALCOLO DELLA PENSIONE DEL RISCATTO DI LAUREA, ECC.



Il riscatto degli anni di laurea, specializzazione e dei periodi precontributivi incrementa il trattamento pensionistico agendo sull'aliquota percentuale (di rendimento) applicata alla base pensionabile

EFFETTI SUL CALCOLO DELLA PENSIONE DEL RISCATTO DI ALLINEAMENTO ENPAM



Il riscatto di allineamento incrementa il trattamento pensionistico agendo sulla base retributiva alla quale viene applicata l'aliquota percentuale (di rendimento) relativa agli anni di contribuzione



Il rischio in previdenza

Per valutarlo correttamente e scegliere le adeguate contromisure occorre tenere presente tre fattori importanti: probabilità, gravità e situazioni pericolose

di **Alberto Oliveti (*)**

Nel linguaggio comune, il termine “rischio” è spesso usato come sinonimo della possibilità di una perdita o di un pericolo.

Nello stimare correttamente un rischio va perciò correlata la probabilità del verificarsi di un evento rischioso sia con la severità dell'impatto che questo evento potrebbe avere sulle attività in corso sia con le sue differenti condizioni di accadimento.

Probabilità, gravità, situazioni pericolose sono i fattori da tenere presente per la corretta valutazione del rischio e per scegliere le adeguate contromisure per limitarlo.

La gestione di un sistema complesso come l'Enpam implica inevitabilmente l'esigenza di affrontare varie tipologie di rischio che configurano l'eventualità di

subire danni o perdite a seguito di circostanze o eventi non sempre prevedibili nelle molteplici attività proprie della Fondazione.

È interessante notare come il concetto stesso del prevedere si colleghi strettamente sia all'accezione del rischio, e delle modalità per affrontarlo, sia all'essenza stessa dell'assicurazione previdenziale, che si pone per definizione l'obiettivo di anticipare le conseguenze negative di certi eventi ritenuti a priori come possibili, probabili o certi.

La Fondazione Enpam nel perseguire il suo obiettivo statutario di pagare pensioni e garantire assistenza mettendo opportunamente a reddito i contributi incassati, esercita una attività di impresa che la espone a rischi di tipo finanziario sui flussi monetari in entrata ed uscita, di tipo economico sui risultati gestionali nell'equilibrio tra costi e ri-

cavi e di tipo patrimoniale sulle attività e sul patrimonio di impresa.

Il rischio finanziario è legato al concetto di variabilità dei rendimenti e quindi ha una accezione duale, positiva o negativa, associata alla discordanza tra quanto ci si può aspettare ex ante e quanto poi si sostanzia ex post. Definisce quindi anche una opportunità in positivo oltre che un danno potenziale, dato che include sia perdite potenziali che inaspettati guadagni.

Questa variabilità potenziale di risultato rispetto ai valori attesi è caratteristica del rischio finanziario, la dispersione dei rendimenti intorno alla loro media rappresenta il grado di incertezza dei rendimenti stessi, l'approccio logico della gestione del rischio in finanza affronta appunto in maniera sistemica l'incertezza del risultato di un investimento.

Nella scelta degli investimenti finanziari da tempo nella Fondazione sono state definite opportune modalità scientifiche di individuazione e ripartizione del rischio, definendo ed aggiornando costantemente una “asset allocation” strategica per realizzare un portafoglio efficiente e con profili di rischio contenuto rispetto al rendimento atteso, privilegiando i titoli obbligazionari con elevato rating e congruo livello di liquidabilità, rispetto ai titoli azionari ed ai fondi alternativi a capitale garantito, perseguendo il massimo livello di diversificazione a protezione dalle oscillazioni dei mercati.

Confortanti i dati dell'ultimo bilancio consuntivo 2005: rendimento lordo 5,87%, al netto di oneri di gestione 5,39%, al netto anche di imposte 4,72%.

Nel campo dell'investimento immobiliare il rischio più importante che corre la nostra Fondazione è quello di non trarre sufficientemente guadagno dalla messa a reddito nel settore di ingenti quantità finanziarie, a causa di un eccessivo costo di acquisto o di manutenzione dei cespiti immobiliari, o di una loro cessione a condizioni sfavorevoli rispetto al valore a bilancio o di una redditività ridotta causa eccessive sfittanze, lo-

**L'Enpam
esercita
un'attività di
impresa**

L'allungamento della vita media manda l'Ente in deficit finanziario

cazioni inadeguate o volatilità commerciale elevata. Determinante per ridurre tale rischio è la corretta composizione del portafoglio immobiliare con allocazione degli investimenti a destinazioni d'uso remunerative, nei vari campi del residenziale, del terziario direzionale, del commerciale o dell'alberghiero.

Appare evidente come le dinamiche del mercato abbiano estrema influenza sui risultati dell'investimento, anche se questi si sostanziano solo al momento della vendita.

Il prevederle correttamente è fondamentale per minimizzare il rischio dell'investimento.

Altrettanto evidente e purtroppo poco prevenibile è la penalizzante imposizione fiscale che deprime in maniera notevole il rendimento dell'investimento immobiliare, come si desume dall'ultimo bilancio consuntivo 2005: rendimento lordo su valori a bilancio 5,17%, al netto di oneri di gestione 3,58%, al netto anche di imposte 1,43%.

Allo scopo di ridurre al minimo tutti questi rischi, sono state adottate nel corso di questa legislatura linee guida e specifici strumenti di analisi relativi ai futuri investimenti immobiliari della Fondazione.

Per quanto riguarda la struttura della Fondazione, intesa nella sua accezione più ampia, si può configurare come rischio operativo la perdita di efficacia per inadeguatezze o disfunzioni delle procedure gestionali o delle risorse umane o dei sistemi addetti all'ottimale svolgimento delle funzioni specifiche.

Anche qui sono in atto importanti interventi strutturali tesi alla minimizzazione di questi rischi.

Ma è nel settore della Previdenza che a mio parere si configura il rischio più grosso per l'Enpam, il rischio longevità.

Come diceva Benjamin Franklin "Nella vita niente è certo eccetto la morte e le tasse!".

La lunghezza della vita invece è una variabile sempre più incerta e nella sua crescita incrementale è diventato il vero problema montante per la tenuta dei sistemi previdenziali.

La buona gestione dei contributi individuali, aggregati ed investiti per garantire una pensione futura adeguata, si scontra con le difficoltà di prevedere già al momento dell'incasso dei contributi, per quanto tempo poi si dovranno pagare le prestazioni previdenziali.

Questa difficoltà previsionale sostanzia un vero e proprio rischio longevità di tipo finanziario, economico e patrimoniale.

Nell'Enpam, che al contributo incassato assegna subito il rendimento pensionistico, calibrato sulle ultime tabelle di sopravviven-

za Istat a disposizione, anche se opportunamente corrette per le specificità dei medici iscritti, il rischio longevità si sostanzia in danno per la tenuta collettiva del sistema quando poi, all'atto del pensionamento, il medico risulterà vivere più a lungo di quanto previsto statisticamente anni prima. L'allungamento non previsto della vita media manda in deficit finanziario l'ente previdenziale perché salta quel principio di corrispettività che si fonda sulla equivalenza finanziaria attuariale tra i contributi versati da attivo e le prestazioni godute da pensionato.

Come si può porre rimedio? Da subito si debbono assegnare aliquote di rendimento ai contributi incassati basate su tabelle di aspettativa di vita aggiornate e specifiche per i medici per ridurre l'errore in eccesso, soluzioni da ricercare in collaborazione con gli esperti attuariali e con l'Istat se possibile, altrimenti da approntare all'interno del Dipartimento Previdenza della Fondazione.

In proiezione si deve valutare la sostenibilità intergenerazionale di misure parametriche, che agiscano cioè sui parametri classici di un Fondo - i contributi e le prestazioni - aumentando i contributi, riducendo i loro rendimenti o ritardando le prestazioni.

Appare indispensabile correlare più strettamente la redditività assegnata ai contributi e quella perseguita sui mercati: non dovrà più essere possibile incassare

contributi garantendo loro una redditività che poi non si persegue nell'investimento patrimoniale, ché altrimenti ci si lega troppo al flusso di casa dei contributi incassati.

È possibile che l'allungamento progressivo della vita media non permetterà più l'attribuzione del rischio dell'investimento al solo gestore; o si trovano modalità di compartecipare questo rischio con il contribuente almeno per una parte marginale o si pone il problema di cambiare modalità di calcolo della prestazione assegnando l'aliquota di rendimento in uscita.

In assenza delle correzioni indicate, resterebbero pregiudicati il principio di corrispettività e perciò anche l'autosufficienza del sistema...ed in Enpam, a differenza che nel sistema pubblico, la fiscalità non si fa carico degli errori di valutazione. •

(*) Consigliere Enpam





Un gruppo di bambini dell'orfanotrofo Mother & Child

di **Giorgio Bartolomucci (*)**

Pensavamo a questo progetto da oltre due anni. Ne avevamo parlato più volte nelle pagine di questo giornale ma alla fine non se ne era potuto fare niente. Lo statuto dell'Enpam non permette, infatti, di spendere neanche un euro se non per l'erogazione delle pensioni e di contributi assistenziali ai medici e odontoiatri italiani, e quindi l'ipotesi di poter raccogliere alcuni dei nostri "medici senza età" intorno ad un progetto di solidarietà inter-

I medici senza età sbarcano in India

Si è conclusa la prima missione nel Kerala organizzata per aiutare un orfanotrofo e una struttura psichiatrica i cui pazienti finora non erano mai stati diagnosticati da uno specialista

nazionale, gestito in proprio e non attraverso una delle tante Associazioni di volontariato con cui stiamo già collaborando un po' in tutta Italia, non

aveva avuto la possibilità di decollare economicamente.

Fino ai primi giorni di quest'anno quando, con l'aiuto del nostro direttore ge-

nerale Alberto Volponi, si è aperto lo spiraglio di un aiuto da parte di uno sponsor privato, che ha deciso di affiancarci nella realizzazione di un'idea che fin dall'inizio aveva raccolto tanti consensi fra i nostri medici.

Con il contributo fornito direttamente alla Fondazione Mother & Child è stato quindi possibile sostenere tutte le spese relative al viaggio, alla permanenza in India per due settimane, e alla logistica di un team di quattro colleghi selezionati dal nostro registro dei medici volon-

tari, che attualmente ha superato le seicento adesioni di specialisti di tutte le discipline. L'iniziativa era diretta ad aiutare un orfanotrofio gestito dalla stessa Fondazione indiana e a riorganizzare una vicina struttura psichiatrica che attualmente ospita circa 170 malati di mente, per i quali finora non è stata mai formulata una vera diagnosi, che vengono solo accuditi e custoditi da

pochi operatori non professionali. Per far parte del gruppo da inviare in India sono subito apparse necessarie una buona conoscenza della lingua inglese e la disponibilità di almeno due settimane da dedicare all'iniziativa, non retribuita e del tutto su base volontaria. Oltre a una buona dose di adattabilità in quanto ci era stato fin da subito comunicato che si sarebbe alloggiato in strutture molto spartane e non di livello europeo. La fase di selezione è durata circa un mese e per rispondere ai bisogni che ci erano stati manifestati dall'India si è deciso di identificare un medico di famiglia possibilmente specializzato in pediatria, una ginecologa con esperienza nel campo della pianificazione familiare, un cardiologo con pratica anche di medicina interna e, soprattutto, uno psichiatra capace di effettuare diagnosi che non sarebbero state sempre faci-



Foto ricordo con il Ministro della Sanità (il secondo da sinistra) e i responsabili della Fondazione Mother & Child

li perché da fare su soggetti che da oltre dieci anni vivono segregati in un contesto che non ha mai garantito né cure né programmi di recupero, ma in cui ci si è solo limitati a fornire un ambiente pulito, un pasto caldo e un tetto sopra la testa. La malattia mentale per la cultura indiana è ancora considerata uno stigma sociale e molti dei ricoverati sono stati abbandonati a se stessi proprio dalle famiglie di origine, preoccupate di allontanare da sé la vergogna dell'infermità.

Dopo lunghi preparativi in cui si è rivelato importante anche l'aiuto ricevuto dalla azienda farmaceutica Sigma-Tau che ha messo a disposizione un'adeguata quantità di medicinali, siamo finalmente partiti il 27 febbraio e quello che segue è il reportage del viaggio. Un racconto che preferiamo affidare più alle immagini che alle parole, perché l'esperienza si è rivelata

piena di emozioni difficilmente trascrivibili. Per la cronaca, una volta arrivati nel Kerala, unico stato indiano che annovera una grande presenza di cattolici, al nostro gruppo è stato chiesto di estendere la propria collaborazione a due ospedali: uno appena aperto a Cochin dal Vescovo locale e dedicato alla Madonna di Fatima, l'altro più piccolo a Thodupuzha, la cittadina che ospita l'orfanotrofio Mother & Child. Affiancati dai medici locali, in quattro giorni di duro lavoro la nostra équipe ha visitato oltre quattrocen-

bus anche dai villaggi vicini e che hanno riversato su tutti i medici coinvolti un carico di patologie anche croniche e gravi, per le quali, in verità, poco è stato possibile fare in un tempo così breve. Eppure negli occhi di queste persone c'era sempre un sorriso, una espressione di gratitudine che difficilmente si potrà dimenticare. Un plauso quindi ai colleghi Gianni Migno-

si, neo-pensionato cardiologo di Ravenna, alla dottoressa Anna Ghizzani, ginecologa dell'Università di Siena, alla psichiatra Diamante Hartmann del Niguarda di Milano, e *last but not least*, al pediatra Fernando Chiodi, il decano del gruppo che con i suoi 77 anni non ha avuto alcuna perplessità a lasciare Valmontone, sua città di origine a pochi chilometri da Roma, per imbarcarsi in un'avventura che ha vissuto con lo spirito e l'energia di un giovanotto. Elemento fondamentale che anima il progetto Medici senza Età, nato proprio per aiutare i colleghi che lasciano il lavoro a trasferire nel mondo del volontariato quella esperienza e quella umanità di cui dopo tanti anni di professione ogni medico dovrebbe essere ricco e voglioso di trasmettere ai meno fortunati.

(*) *Dirigente Enpam*

(servizio fotografico a pag. 14)



1



2



3



4

- 1) Un gruppo di pazienti in attesa
- 2) Cerimonia d'apertura del campo medico
- 3) Il vescovo di Cochin S.E. John Thattumkal incontra i medici senza età
- 4) Il pediatra Fernando Chiodi mentre visita un bambino
- 5) La psichiatra milanese Diamante Hartmann
- 6) Alcuni piccoli ospiti dell'orfanotrofio
- 7) Bambine dell'orfanotrofio
- 8) La ginecologa Anna Ghizzani in un momento di pausa
- 9) Ospedale di Thodupuzha
- 10) Il dott. Gianni Mignosi, cardiologo
- 11) Un piccolo paziente in braccio ad un'infermiera
- 12) L'interno dell'orfanotrofio
- 13) Ospiti della struttura psichiatrica



5



6



7



8



9



10



11



12



13



Servizi Integrativi

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



E.N.P.A.M.

Al servizio degli iscritti

di Carlo Ciocci

Coma mai si registra da anni un aumento delle lesioni al menisco ed ai legamenti?

Essenzialmente tale fenomeno si deve a due fattori: uno è rappresentato dal diverso stile di vita che oggi si sostiene rispetto a soli pochi anni fa. Se penso alla mia gioventù ricordo che, solo per fare un esempio, la neve ed i relativi sport invernali si incontravano nelle rare occasioni nelle quali si partiva all'alba con il pulman e si raggiungevano le montagne più vicine a Roma, per fare rientro la sera stessa. Più in generale non esistevano strutture sportive se non il campo di calcio dell'oratorio. E questo significa che, in tempi relativamente recenti, l'attività motoria era veramente ridotta rispetto ad oggi. Inoltre, e questo è il secondo fattore, moltissime patologie negli stessi anni non si conoscevano e non venivano trattate. Ricordo, a tal proposito, che durante il servizio militare venne riscontrata una grave patologia legamentosa ad una recluta, ma l'interessato dal centro cui era stato indirizzato venne rispedito al Corpo di appartenenza perché ritenuto non meritevole di cure.

Per il paziente meno dolore ed una ripresa precoce rispetto al passato

Pier Paolo Mariani, specialista in Ortopedia e Traumatologia, Medicina dello sport e Fisiatria. Attualmente Professore Ordinario di Ortopedia e Traumatologia dello Sport presso l'Istituto di Scienze Motorie di Roma. Da molti anni si occupa soprattutto delle patologie di ginocchio e caviglia, in particolare del loro trattamento chirurgico con tecniche artroscopiche poco invasive. Lo testimoniano centinaia d'interventi

Il prof. Pier Paolo Mariani



In pochi giorni ti rimetto in piedi

L'artroscopia, una tecnica operatoria nota oggi in tutto il mondo. Il primo modello artroscopico era utilizzato per la patologia della membrana sinoviale. L'importanza della riabilitazione senza la quale sarebbe vanificato l'esito di un buon intervento chirurgico. Il preparatore atletico per l'atleta sano o infortunato

Veniamo ad oggi: con l'artroscopia l'intervento è sempre meno invasivo?

Sicuramente sì e per il paziente significa avere meno dolore ed una ripresa precoce rispetto al passato. Attualmente, il giorno dopo l'intervento si cammina di nuovo. In termini sociali, poi, tutto questo significa anche una spesa nettamente contenuta rispetto al passato.

L'artroscopia è rimasta esclusiva dell'ortopedia o è stata adottata anche per altri interventi?

È stata adottata in altri campi come nella chirurgia mini invasiva della colonna vertebrale, nella chirurgia protesica e nella maxillo facciale.

Come è nata l'artroscopia?

Si deve a Birker, un chirurgo ortopedico tedesco, l'idea di inserire in un ginocchio un sistema ottico. Il fatto che Birker fosse un chirurgo generale spiega la sua familiarità con il cistoscopio, ma il fatto che fosse un ortopedico... fa capire perché l'idea rimase in un cassetto. La chirurgia del ginocchio all'epoca non era ancora nata e l'idea era troppo avanzata per quei tempi. La vera nascita dell'artroscopia avviene grazie a Watanabe in Giappone, Paese che usciva da una devastante guerra e purtroppo

Il ruolo tutt'altro che secondario dell'assistenza agli atleti

po doveva registrare una patologia, la gonilite tubercolare del ginocchio, che metteva vittime e deformità articolari. La prima esigenza è stata quindi diagnostica. Ci vuole un evento eccezionale affinché l'artroscopia faccia il suo ingresso nel mondo ortopedico. È stato necessario, infatti, che un americano attraversasse l'oceano, in questo caso il Pacifico, affinché l'artroscopia rivelasse al mondo ortopedico le sue potenzialità. I più giovani devono fare uno sforzo notevole per immaginare le difficoltà diagnostiche e terapeutiche degli anni '60. Erano anni in cui una diagnosi esatta di lesione meniscale era posta solo nel 60% dei casi!

Dopo le "luci" le chiedo se vi sono "ombre" sull'artroscopia.

Quello a cui abbiamo assistito in questi anni è stata una profonda trasformazione della chirurgia ortopedica, talmente violenta da assomigliare ad un uragano che nel suo tragitto ha distrutto tutto il preesistente. Il dominare tale uragano ha creato in tutti noi un delirio di onnipotenza. Siamo stati

e siamo ancora convinti che sia possibile trattare tutta la patologia articolare con l'artroscopia. Questo non è sempre possibile, almeno a mio avviso, e la discussione tra noi è ancora aperta. Avendo vissuto i tempi della chirurgia tradizionale, ritengo che alcune conoscenze possano e debbano ancora, a pieno diritto, sopravvivere. L'exasperazione della cicatrice che deve essere sempre più piccola, ha spesso limitato e limita un corretto approccio al trattamento delle lesioni articolari.

La scarsa invasività, la scarsa morbidità della metodica sono state indubbiamente le ragioni della diffusione dell'artroscopia, ma la tecnica è andata "ammalandosi" nel corso di questi anni proprio per colpa dei suoi stessi pregi.

Se il paziente ha identificato nell'artroscopia un trattamento diverso dalla chirurgia, questo lo si deve in parte, anche se non totalmente, al medico che ha prospettato al paziente un trattamento chirurgico, quale è l'artroscopia, come un gesto banale. L'aver voluto banalizzare l'artroscopia stessa è stata la causa di molte errate aspettative da parte del paziente.

La riabilitazione ha un ruolo così importante?

Estremamente importante. Nella mia équipe vi sono diversi riabilitatori e io personalmente controllo la riabilitazione dei pazienti. A mio avviso, però, la riabilitazione deve ancora subire un processo di maturazione: la figura del fisiatra è fonda-



mentale, ma questi deve cambiare il suo ruolo. Attualmente, infatti, il fisiatra è un ottimo collega che sa fare infiltrazioni, sa aggredire un'articolazione con un ago e sa dare giuste indicazioni; ma il suo lavoro non può dirsi esaurito. Deve, invece, essere colui che valuta, passo passo, il recupero; essere capace di utilizzare strumenti e tecnologie per misurare la forza di un muscolo correttamente, per eseguire una valutazione muscolare o quanto altro.

Un ortopedico può anche fare un ottimo intervento, ma senza una buona rieducazione sarebbe tutto fine a se stesso.

Tutto ciò è valido anche per il paziente-atleta?

Con gli atleti è ancor più fondamentale, perché negli

atleti a volte vi è la necessità anche di una terza figura: il preparatore atletico. A tal punto che nelle grosse società sportive operano il preparatore per l'atleta sano e quello per l'atleta infortunato. Lo staff medico di un atleta infortunato, infatti, deve avere almeno delle conoscenze relative al tipo di patologia e deve capire se è stato fatto un intervento in una o in un'altra maniera e quali sono le problematiche che si presentano dopo l'intervento. Il preparatore atletico è una figura di tale rilevanza che dovrebbe essere messa a disposizione, meglio, fornita dall'Istituto Universitario di Scienze Motorie, vale a dire dalla Facoltà che ha la missione culturale di sviluppare questo tipo di professione. •



di Andrea Sermonti

Le cure contro l'asma finora disponibili quali risultati hanno conseguito?

Le terapie utili a mantenere l'asma sotto controllo sono migliorate negli ultimi anni, grazie soprattutto all'introduzione di cortisonici per via inalatoria, di broncodilatatori beta2stimolanti e di altri farmaci, per esempio antileucotrieni. Ciononostante esistono tuttora forme di asma grave – in Italia circa il 10% di tutte le forme asmatiche – molto difficili da gestire e che assorbono risorse consistenti, oltre il 50% delle risorse economiche necessarie per il trattamento di tutte le forme asmatiche. Alcuni pazienti affetti da sintomi gravi sono meno reattivi alla terapia standard contro l'asma, ed è stato dimostrato che presentano un maggiore numero di crisi e un'inferiore qualità della vita rispetto a coloro la cui malattia viene controllata in modo adeguato.

In che consiste l'approccio innovativo che avete presentato recentemente a Milano?

Il nuovo principio attivo rappresenta la più straordinaria novità terapeutica degli ultimi 15 anni contro l'asma allergico grave non controllato. Parliamo di approccio innovativo perché è il primo farmaco che va ad agire direttamente sul fattore che scatena la reazione allergica: l'IgE. Si

Intervista a Giorgio Walter Canonica, direttore della Clinica Pneumologica dell'Università di Genova, presidente eletto della Società mondiale di allergologia, sul confronto tra le ultime terapie per mantenere sotto controllo l'asma. Anzi, intervenendo sui fattori responsabili prima che si scateni la reazione

Il prof. Giorgio Walter Canonica



Evitare gli attacchi di asma “C'è una soluzione radicale”

Sono molte le persone che ne soffrono costrette a condurre una vita dalla qualità sostanzialmente compromessa.

Vivono nella paura incessante che il ripetersi della crisi potrebbe rivelarsi fatale. Da oggi questi pazienti possono contare su una terapia che si concentra sulla causa primaria della patologia e ne controlla finalmente gli attacchi

tratta di un anticorpo monoclonale murino umanizzato non anafilattogeno, diretto selettivamente contro le IgE, gli anticorpi responsabili dell'attivazione della cascata infiammatoria, che causano i tipici sintomi dell'asma: senso di costrizione, mancanza di fiato, senso di oppressione al torace, tosse, sibili.

Qual è il suo meccanismo d'azione?

Agisce in modo del tutto diverso rispetto alle altre opzioni terapeutiche, perché interrompe sul nascere la catena degli eventi che portano ad un attacco d'asma. Un paziente asmatico produce ingenti quantità di IgE, responsabili dell'attivazione della catena infiammatoria. Questo nuovo principio attivo, Omalizumab, si unisce selettivamente alle IgE circolanti, impedendone il legame con i recettori cellulari e bloccando all'origine la cascata degli eventi infiammatori successivi, conseguenti alla interazione delle IgE con gli allergeni sensibilizzanti. Nei pazienti trattati con questo anticorpo monoclonale tale interazione non avviene più. Studi clinici hanno consentito di appurare che il trattamento con anti-IgE determina una diminuzione della risposta precoce e tardiva delle vie aeree al test di provocazione bronchiale specifico. Riduce le esacerbazioni e i conseguenti ricoveri e il consumo di farmaci antiasmatici, sia broncodilatatori sia corticoste-

roidi. È stato inoltre dimostrato che la sua somministrazione protratta per mesi è in grado di inibire la sintesi dei recettori cellulari per IgE, che riprende

però dopo la sospensione della terapia. Numerosi studi clinici randomizzati e controllati in doppio cieco, sia su adulti che in pazienti in età pediatrica af-

IL COSTO SOCIO-ECONOMICO DELL'ASMA IN ITALIA

In Italia la percentuale di pazienti asmatici è del 5%, con valori inferiori rispetto a quelli registrati negli altri paesi europei; tuttavia secondo l'Istat sono ancora 1200 all'anno i decessi attribuibili all'asma e migliaia le persone, la maggior parte con un'età compresa tra i 24 e 44 anni, che a causa dell'asma conducono una vita lavorativa e di relazione notevolmente compromessa. Ne consegue non solo un grave problema sociale, ma un gravoso impegno economico. In Italia l'asma rappresenta la terza voce di spesa per il servizio sanitario nazionale, pari al 2% della spesa sanitaria totale. Inoltre il costo medio di gestione del paziente con asma grave è pari a oltre 3.300 euro all'anno, costo che arriva a sfiorare gli 8.300 euro per il paziente asmatico grave non controllato. Ancora, se la gestione di un singolo episodio di riacutizzazione costa 43 euro per il paziente asmatico lieve moderato, il costo supera i 1.400 euro nelle riacutizzazioni di pazienti con asma grave non controllato. I costi diretti aumentano significativamente con l'aggravarsi della patologia, poiché gli asmatici più gravi fanno un uso più consistente dei farmaci e hanno una frequenza di ricoveri più alta con conseguenti aggravamenti dei costi su strutture ospedaliere e personale sanitario.

I TASSI DI PREVALENZA DELL'ASMA IN EUROPA

Regno Unito, Finlandia e Irlanda mostrano tassi di asma tra i più elevati al mondo: quasi il doppio della media europea (13,8% contro 7,2%). Il numero di attacchi d'asma è aumentato del 500% negli ultimi 25 anni e ai medici generici del Regno Unito sono sottoposti oltre 3.000 nuovi casi al giorno (vale a dire, 20.000 a settimana). Circa l'8% della popolazione svizzera soffre d'asma, contro solo il 2% di 25/30 anni fa.

TASSI DI PREVALENZA MASSIMI IN EUROPA (MEDIA 7,2%)

Paese	Prevalenza (%)
Regno Unito	13,8
Finlandia	11,0
Irlanda	10,5
Olanda	8,7
Svizzera	8,0
Francia	6,9
Spagna	5,0
Germania	4,7
Italia	5,0

fetti da asma moderato-grave, hanno consentito di verificare che questo trattamento è efficace nel ridurre il numero e l'intensità delle esacerbazioni asmatiche, nonché le dosi di beta2-agonisti e di corticosteroidi o la necessità di aumentarle, con un profilo di sicurezza più che soddisfacente. Ne risulta un miglioramento della qualità della vita di questi pazienti. Non c'è inoltre competizione tra anti-IgE ed immunoterapia specifica (i cosiddetti vaccini antiallergici), dal momento che i due farmaci agiscono a livelli differenti delle risposte immunitarie. Anzi esistono evidenze di un effetto sinergico.

I pazienti così trattati devono interrompere la propria terapia?

No, perché è indicato in adulti e adolescenti (da dodici anni in poi) con asma grave non controllato, come terapia coadiuvante alla terapia già prescritta.

Come viene somministrato?

Solo in ospedale con un'iniezione sottocutanea, con un dosaggio variabile in funzione dei livelli di IgE circolanti e del peso corporeo; esso riduce rapidamente le IgE libere nel circolo ematico di circa il 90-95% del valore basale. Sospeso il farmaco, le IgE riprendono poi ad aumentare dopo circa tre settimane e ritornano ai valori basali dopo circa un mese.

Dopo quanto tempo il paziente trova beneficio dal trattamento?

Questa è una domanda estremamente importante per i pazienti, che sono ridotti da una lunga serie di prove con differenti farmaci e che nel tempo hanno subito delusioni per i possibili fallimenti delle terapie provate. Omalizumab comincia a manifestare i suoi benefici dopo circa 4 mesi, come si desume dagli studi clinici, anche se in alcuni casi il miglioramento è pressoché immediato.



Stress: c'è rischio cardiovascolare

Da anni studi epidemiologici e clinici hanno identificato come le condizioni croniche e ripetitive di stress costituiscano un fattore primario di rischio cardiovascolare.

Ne parliamo con il preside della Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Firenze, il cardiologo prof. Gian Franco Gensini e con la dottoressa Vania Fontani che insegna al master di II Livello, riservato ai medici, in Ottimizzazione neuro psico fisica nella stessa Università

di Daniele Romano

Molte volte ci sentiamo dire che lo stress è necessario alla vita ed ha un significato positivo quando rimane sotto controllo.

“Il problema è che ogni essere vivente - spiega Vania Fontani - non può sottrarsi allo stress, la vita è stress. Spesso oltrepassiamo il limite senza rendercene conto e ci adattiamo a discapito del nostro complessivo stato di salute psicofisica.” Il termine “Stress”, ricorda Gian Franco Gensini nella definizione classica data da

Selye nel 1936, identifica un'alterazione dello stato di equilibrio dell'organismo indotto da vari tipi di stimoli interni o provenienti dall'ambiente esterno. La risposta fisiologica a questi stimoli permette l'adattamento alle condizioni ambientali, attraverso l'attivazione del sistema nervoso simpatico, con liberazione di alcuni ormoni tra i quali l'adrenalina, responsabile dell'aumento della pressione arteriosa, del battito cardiaco, dell'attenzione. Così in occasione dell'esposizione ad “un evento stressante acuto il cuore aumen-

terà la propria frequenza per pompare più sangue, la pressione arteriosa salirà, verranno liberati zuccheri e grassi per fornire energia necessaria a sostenere l'azione. Queste modificazioni emodinamiche sono responsabili di un aumento improvviso del lavoro cardiaco.

Secondo Vania Fontani “queste ed altre reazioni dovranno attivarsi e disattivarsi rapidamente quando non servono più. Infatti se la disattivazione non avviene in breve tempo l'organismo corre seri rischi di stigmatizzare tali

reazioni con cronicizzazione della tachicardia, dell'ipertensione, dell'iperlipidemia ecc.”.

I meccanismi biologici alla base della associazione stress - rischio cardiovascolare possono essere identificabili “in una iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene che induce la liberazione di corticosteroidi responsabili di ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia e ipertensione. Anche se il principale meccanismo candidato sembra essere una disregolazione del tono simpatico (adrenergico), attraverso gli effetti delle catecolamine (adrenalina e noradrenalina) sul cuore, sui vasi, sulle piastrine.”

Un evento stressante acuto, può determinare in alcuni soggetti l'insorgenza di una patologia coronarica acuta come l'infarto miocardico o una aritmia ventricolare. Gli eventi bellici o i terremoti sono seguiti da un aumento di ricoveri ospedalieri per infarto miocardico. Alcuni studi, spiega Pier Franco Gensini, hanno messo in evidenza che questa risposta è legata alla presenza di una alterazione della riserva coronarica per lesioni aterosclerotiche. Se in un

**Come
curare
ipertensione
o aritmia
in funzione
antistress**

soggetto normale la risposta ad un evento acuto è compensata da una vasodilatazione coronarica, in soggetti con ridotta riserva coronarica un evento stressante può causare la comparsa di un evento ischemico.

“La risposta cronica allo stress - spiega Gensini - è invece legata ad una relazione tra i fattori psicosociali che costituiscono le singole componenti dello stress (come la depressione, l'isolamento sociale, le caratteristiche dell'ambiente di lavoro e tratti della personalità dell'individuo) e i fattori di rischio per le malattie coronariche.”

I fattori psicosociali infatti favoriscono la progressione dell'aterosclerosi e lo sviluppo di eventi coronarici non solo in maniera diretta attraverso l'attivazione neuroendocrina e piastrinica, ma soprattutto in maniera indiretta perché si associano spesso al fumo di sigaretta e disordini alimentari e rendono più difficile il cambiamento dello stile di vita dopo un primo evento coronarico. Così

una alterata capacità di rispondere adeguatamente allo stress si associa ad una più elevata dipendenza della ipertensione dalle condizioni ambientali e i fattori di stress psico-sociale divengono dei potenziali esaltatori dell'effetto negativo dei comuni fattori di rischio a lungo termine.

“Queste basi scientifiche - illustra il preside Gensini - sottolineano la necessità di ricercare un approccio più ampio oltre a quello farmacologico per ottenere una efficace prevenzione cardiovascolare. Curare l'ipertensione o l'aritmia esclusivamente con un farmaco pur inducendo una riduzione della sintomatologia non modifica i fattori comportamentali. In questa ottica un efficace approccio terapeutico dello stress può aiutare a controllare il rischio cardiovascolare in soggetti cardiopatici e a prevenirlo in soggetti sani.” Da ciò l'esigenza di “ottimizzare le capacità di risposta dell'individuo” in generale e in particolare nei confronti delle problematiche cardio-vascolari. •



Allarme Onaosi anche per noi?

Abbiamo ritenuto opportuno, ma soprattutto necessario, pubblicare questa lettera al fine di aiutare a riprodurre un volontariato a favore dell'Onaosi.

Ho già detto e ripetuto che l'Onaosi ha una grande importanza per i nostri orfani e per tanti bisogni assistenziali che abbiamo.

Dico, e lo ripeto tante volte, che ognuno può dare il suo giudizio nel merito ma aver permesso di abolire l'obbligatorietà di iscrizione, rappresenta un pericoloso riferimento per chi ha tante “voglie” contro di noi.

Guai se all'Onaosi seguissero gli Ordini provinciali e l'Enpam.

E.P.

Ecco il testo della lettera inviata ai presidenti di Enpam, Enpaf, ed Enpav, dal presidente dell'Onaosi dott. Aristide Paci.

Cari Presidenti, come è noto, la Legge Finanziaria 2007 (legge n. 296/2006) ha individuato, quali contribuenti obbligatori Onaosi, solo i sanitari dipendenti pubblici, iscritti ai rispettivi Ordini professionali italiani dei medici chirurghi, odontoiatri, veterinari e farmacisti.

Tutti gli altri sanitari laureati, non dipendenti da pubbliche amministrazioni, quindi liberi professionisti, sanitari convenzionati, dipendenti da strutture private, ecc. possono iscriversi volontariamente alla Fondazione ai sensi della Legge n. 306/1901 e suc-

cessive modificazioni.

Alla luce di ciò, l'Amministrazione Onaosi sta provvedendo a sensibilizzare i sanitari - che, rientrando attualmente in questa seconda categoria, risultano aver già contribuito all'Onaosi relativamente alle annualità dal 2003 al 2006 - sulla convenienza a confermare per il 2007 la loro iscrizione alla Fondazione, potendo così conservare i diritti prevido-assistenziali già maturati. A tal fine è stato inviato loro il materiale allegato che va compilato e fatto pervenire all'Onaosi entro e non oltre il 30 aprile 2007, mentre il termine per il versamento della quota è fissato al 30 giugno 2007.

Si precisa che tale modulistica è utilizzabile anche da tutti quei sanitari che, pur non avendo contribuito per il periodo 2003-2006, intendessero comunque iscriversi volontariamente all'Onaosi nell'anno corrente.

Ad ulteriore e qualificato sostegno della campagna di sensibilizzazione intrapresa dalla Fondazione, Vi chiedo cortesemente di dare informativa a tutti coloro che vorranno iscriversi volontariamente all'Onaosi ai sensi della legge 296/2006, fornendo a ciascuno o mettendo a disposizione, nei modi che riterai più idonei ed opportuni, il materiale a vostra disposizione.

Grato sin d'ora per la tua collaborazione.

Cordiali saluti.

Il Presidente

Maria Montessori

un metodo, una “casa”

Quest'anno il centenario della fondazione della “Scuola dei bambini” sarà celebrato in tutto il mondo. Nata a Chiaravalle proiettò la sua intelligenza, la sua vita e il suo essere medico nel mondo dell'infanzia che soffre allora definita “subnormale”

di Luciano Sterpellone

Quest'anno si celebra, in tutto il mondo, l'istituzione, cent'anni fa, della “Scuola dei bambini” voluta da Maria Montessori. Ecco in breve, la sua bella storia.

Una ragazza di 17 anni nata nel 1870 a Chiaravalle in provincia di Ancona, stava recandosi all'Università di Roma per iscriversi a Ingegneria (cosa alquanto insolita per una ragazza di quel tempo) quando incontrò una donna sporca e lacera con un bambino malaticcio in grembo. Fu come una folgorazione: capì improvvisamente che la sua vera vocazione era occuparsi di bambini sofferenti. E corse a iscriversi a Medicina.

Sulle prime la facoltà respinse la domanda di iscrizione. Ma la sua determinazione fu tale che sei anni dopo Maria era la prima donna-medico dopo l'Unità d'Italia



(prenderà anche la laurea in Filosofia). In base alla ricca esperienza raccolta nella Clinica neuropsichiatrica dell'Università, tra i bambini handicappati e i ritardati mentali, si convinse che il loro trattamento doveva esse-

re prevalentemente pedagogico e non soltanto medico, e cominciò a elaborare un originale piano di educazione. E nel 1907, esattamente cento anni fa, fondò a Roma, nel popolare quartiere di San Lorenzo, la prima

“Casa del bambino”, in un primo tempo destinata solo ai bambini con problemi psichici ai quali poter applicare ed estendere il suo metodo, e poi aperta anche ai bambini “normali” di età compresa tra 3 e 6 anni.

In breve, tutto il pensiero della Montessori è basato sull'assunto che la naturale “bontà” e creatività del bambino non vanno costrette nelle strutture fisiche e comportamentali degli adulti, ma che al piccolo dev'essere concesso di esprimersi liberamente in un ambiente creato a sua propria misura, con l'apporto di materiale didattico adeguato (allo scopo ella utilizzò materiale già esistente e ne escogitò altro del tutto nuovo, particolarmente adatto alla scrittura e alla lettura). Ma inserì nel metodo un fattore nuovo: la sollecitazione psicologica, in grado di risvegliare nella mente di questo bambino l'“essere umano” che non sarebbe altrimenti mai riuscito ad affiorare, costretto come egli spesso è a vivere in un ambiente a lui non consoni e con ritmi per lui innaturali.

Il suo libro *Metodo della psicologia scientifica applicato all'educazione infantile*, pubblicato nel 1909 fu presto tradotto in ventidue lingue, raggiungendo la massima diffusione nel 1913, quando la pedagogista - or-

**E poi
toccò
ai bimbi
“normali”**

**Le “scuole”
sorsero quasi
in tutto
il mondo**

mai nota in tutto il mondo - iniziò un corso di lezioni ad insegnanti di diciassette Nazioni, che poi ripeté in ogni continente. E in vari Paesi sorsero "Scuole Montessori", nelle quali venne adottato il suo metodo.

Ma il concetto che il bambino non va costretto nei rigidi schemi fisici e mentali degli adulti poco piacque alle gerarchie fasciste, e poi naziste, che preferivano vedere irregimentati nella *Gioventù Italiana del Littorio* e nella *Hitlerjugend* i protagonisti del domani. Tutto contrastava con il principio fondamentale dell'innovativo metodo, cioè che alla base di tutto dev'esservi *la libertà* del bambino, in quanto solo questa favorisce lo sviluppo della sua innata creatività.

Così, mentre nel 1924 era sorta l'Opera Nazionale Montessori e nel '29 fondata l'Associazione Montessori Internazionale, a partire dal 1933 il metodo della benemerita marchigiana fu osteggiato in tutti i modi sia in Italia che nel III Reich, sino ad essere soppresso dopo il '36. I suoi scritti furono dati alle fiamme, a Berlino e a Vienna, insieme a quelli di Sigmund Freud. Da parte sua la Montessori,

che non nutriva alcuna simpatia per quei regimi, proprio in quell'anno divenne esule dapprima in Olanda, poi in Svezia, Spagna, Inghilterra, Cina e infine in India, dove però - sorpresa dal secondo conflitto mondiale - venne internata. Le autorità inglesi le consentirono tuttavia di tenere corsi di istruzione, ai quali accorsero numerosi gli insegnanti indiani, bramini, musulmani e parsi. Accolta trionfalmente in Italia dopo l'arrivo degli Alleati, riprese la sua intensa attività di "missionaria dei bambini", per poi ritirarsi in Olanda, dove morì a Noordwijk nel 1951.

L'opera della Montessori ha mutato profondamente in tutto il mondo la mentalità imperante nei primi decenni del '900 su quello che veniva definito "un bambino subnormale": questi comincio ad essere trattato con rispetto, e per lui furono organizzate specifiche attività didattiche e fondate importanti istituzioni (nel 1960 fu fondata l'American Montessori Society). Da parte sua, egli doveva imparare a prendersi cura di se stesso e divenire in grado di prendere decisioni autonome. Una rivoluzione del pensiero davvero epocale. •



Così morì Napoleone

Ecco una nuova versione che arriva dal Texas: fu ucciso da un cancro allo stomaco

a cura di
Maria Rita Montebelli

Spettò al dottor Francesco Antonmarchi, allievo del celebre anatomopatologo senese Giuseppe Mascagni, cimentarsi nel riscontro autotipico di quello che fino a pochi anni prima era stato l'uomo più potente del mondo. Era il 6 maggio 1821. Napoleone era deceduto il giorno prima, dopo quasi 50 giorni di dolori addominali continui, febbre, nausea, vomito, melena e una perdita di peso di almeno 10-15 chili. I referti della duplice autopsia praticata dal dottor Antonmarchi e le osservazioni annotate da alcuni medici inglesi descrivevano un paziente deceduto per un cancro dello stomaco in fase avanzata, uno stadio T3N1M0 (IIIa) almeno, secondo i ricercatori della University of Texas Southwestern Medical Center di Dallas, autori di uno studio pubblicato su *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology*.

Tra l'altro, uno studio condotto nel 1938 aveva rivelato che il padre di Napoleone, Charles Bonaparte, era morto a soli 39 anni di cancro gastrico e questo aveva tirato in ballo la predisposizione familiare a questo tipo di patologie. Ma gli studiosi texani tendono



piuttosto ad attribuire la causa di questo tumore alle abitudini alimentari militesche di Napoleone (carni e pesce sotto sale, carne arrostita alla brace, scarsità di frutta e verdure fresche) e forse ad un'infezione cronica da *Helicobacter Pylori*, suggerita dalla presenza della seconda ulcera pre-pilorica. È pura speculazione, ammettono gli autori dello studio, ma una predisposizione generale, magari accompagnata da un polimorfismo del gene per l'interleukina 1beta, che aumenta enormemente il rischio di tumore dello stomaco nei portatori di infezione da *Helicobacter Pylori*, potrebbero essere stati la "vera" causa della morte di Napoleone. •

(Lugli A, Zlobec I, Singer G, et al.
Napoleon Bonaparte's gastric cancer: a clinicopathologic approach to staging, pathogenesis, and etiology.
Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol 2007; 4: 52-7.)

Ineguaglianza sociale e status syndrome

“Lungo il percorso della metropolitana che attraversa Washington DC dai quartieri poveri e neri a sud est fino alla ricca e bianca contea di Montgomery si guadagna un anno e mezzo di speranza di vita ogni miglio, per un totale di vent’anni di differenza tra gli estremi. A Londra, lo scarto tra gli estremi è di sei anni. A Torino, dove c’è meno segregazione territoriale, la distanza tra quartieri ricchi e poveri è di circa tre anni.” M. Marmot



di Claudia Furlanetto

L'ineguaglianza sociale all'interno di Paesi considerati avanzati e ricchi è da qualche tempo al centro dell'attenzione delle più importanti organizzazioni sanitarie, anche internazionali, come dimostrato dall'istituzione da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità della Commissione sui determinanti sociali della salute, che ha il compito di elaborare e attivare programmi d'intervento nelle

aree di disuguaglianza e di maggior bisogno.

Secondo uno studio pubblicato sul *British Medical Journal*, in Gran Bretagna i bambini che nascono e crescono in situazioni socio-economiche precarie hanno il 40 per cento di probabilità in più di morire nei primi dieci anni di vita rispetto a quelli che vivono nelle zone più agiate del Paese.

Ma quali sono le cause che determinano una così ampia differenza in un Paese considerato unanimemente tra i più avanzati?

Le persone in condizioni socio-economiche precarie e meno istruite hanno abitudini di vita poco salutari: consumano più tabacco, alcol, alimenti poco nutrienti, si sottopongono in misura inferiore a controlli della pressione e del colesterolo, partecipano poco agli screening. “Eppure gli studi che sono stati in grado di controllare questi fattori hanno dimostrato che gran parte delle differenze sociali nella salute rimane ancora significativa dopo l'aggiustamento per essi. L'assistenza

sanitaria svolge - infatti - un ruolo fondamentale sulla prognosi delle malattie, ma non sulla loro incidenza; non è in grado di influenzare le disuguaglianze sociali nella morbosità, ma solo negli esiti dei percorsi assistenziali a prognosi modificabile” (Giuseppe Costa, docente di Sanità pubblica, Università degli Studi di Torino).

Sir Michael Marmot, direttore dell'International Institute for Society and Health, ritenuto il fondatore dell'epidemiologia sociale, in una applauditissima lettura presentata nella prestigiosa cornice del Royal College of Physicians a Londra, ha sottolineato come, nonostante le diversità, sia possibile rintracciare un legame tra le privazioni a cui la povertà costringe le popolazioni del Terzo mondo e quelle a cui costringe gli abitanti di Paesi ricchi. “La povertà - infatti - è ben più che la semplice mancanza di denaro”. Per il suo *World Development Report 2000-2001*, la Banca Mondiale ha intervistato circa 60mila persone in 47 Paesi, interrogandole sul significato che attribuivano alla povertà. Le risposte sono state: mancanza di opportunità, di controllo sulla propria vita e di sicurezza.

Uno studio simile portato

**La povertà
è ben più
che la semplice
mancanza
di denaro**

avanti in Europa ha evidenziato che le persone tendono a sentirsi “povere” se non possono mantenere lo stile di vita che ci si aspetta dai membri della società a cui appartengono: ad esempio riuscire a comprare regali per gli amici o trascorrere le vacanze lontano da casa. In altre parole sia nei Paesi ricchi che nei Paesi dalle condizioni economiche precarie, la povertà viene percepita più generalmente come la mancata partecipazione alla società: come un ostacolo al mantenimento di uno stile di vita che si ritiene degno di valore. Pur in assenza di povertà assoluta, quindi, dove anche i più indigenti hanno cibo, acqua potabile e riscaldamento esiste una *deprivazione relativa*.

“La mancanza delle risorse necessarie a soddisfare le proprie aspettative impedisce una piena partecipazione sociale e, quindi, un livello adeguato di soddisfazione e ricompensa. Questa condizione si tradurrebbe in un danno per la salute attraverso la stimolazione cronica dei meccanismi di stress, con ricadute per il sistema cardiovascolare, metabolico e immunitario, per la salute mentale e, in generale, attraverso una diminuita capacità di resistenza alle malattie che si manifesta in misura maggiore dove il contesto espone a maggiori rischi ambientali o sia più competitivo.” (Costa G.). La *status syndrome*, denominata così da Marmot, è il complesso di cause e meccanismi sociali quoti-



diani individuali e di contesto che minaccia la salute, ed ha delle basi biologiche che sono state messe in evidenza dallo studio Whitehall, effettuato una prima volta nel 1970 e poi ripetuto e pubblicato nel 2004. Oggetto dello studio sono stati i dipendenti ministeriali di Londra: si sono rilevate, a seconda della posizione nella scala gerarchica, evidenti differenze nel livello di salute dei soggetti considerati in riguardo a mortalità, incidenza di malattie cardiovascolari, disturbi mentali, assenteismo e salute soggettiva. Adirittura, si è rilevato che, a parità di stipendio e titolo di studio, esistono delle differenze nella salute a svantaggio della posizione subordinata. La posizione relativa in cui ci collochiamo all'interno della società sembra quindi essere di fondamentale importanza, ma ciò che de-

termina questa importanza e che fa la differenza per la salute della persona è il modo in cui si gestisce la propria posizione nella gerarchia, i rischi a cui siamo esposti e quanto il contesto sociale possa esserci di aiuto o meno. In altre parole quanto controllo attivo riusciamo ad avere sulla nostra vita in termini di opportunità, sicurezza, coinvolgimento sociale e soprattutto libertà. Secondo Marmot “spostare l'attenzione sul ruolo centrale delle libertà umane nella costruzione della salute equivale a definire una posizione filosofica precisa, ma è anche una chiamata all'azione sociale”.

In Italia, alcune società scientifiche - AIE per gli epidemiologi, SItI per gli igienisti, AIES per gli economisti sanitari e la Società di Epidemiologia Psichiatrica - hanno elaborato il *Manife-*

sto per l'equità nella salute (www.dors.it/alleg/0200/manifestoequit.pdf), in cui vengono riassunti i motivi che rendono il problema d'interesse prioritario: rilevanza, ubiquità, pervasività, evitabilità. Il Manifesto è stato creato con il proposito di promuovere politiche e interventi capaci di prevenire e moderare le disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria.

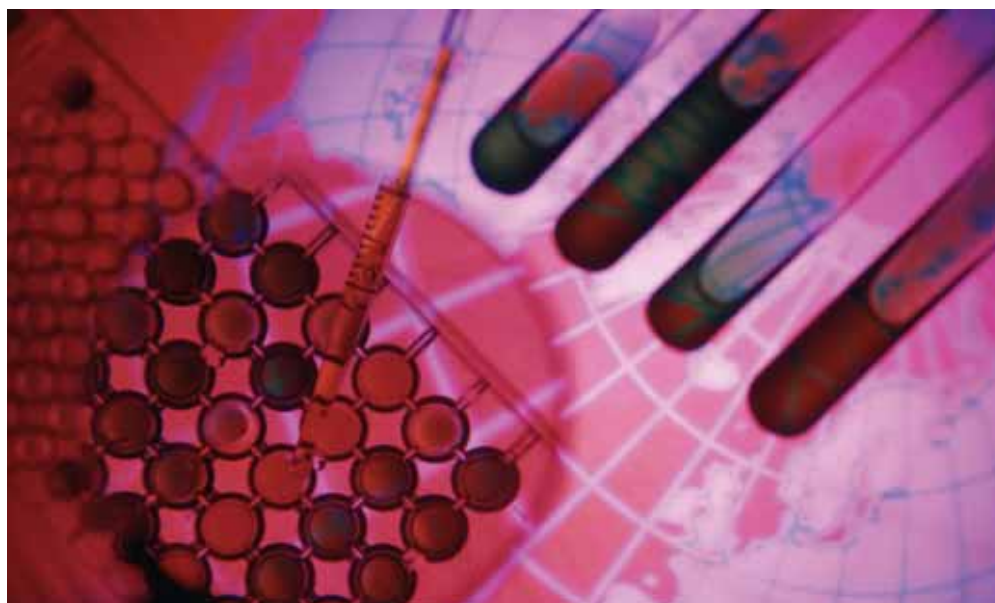
È quindi necessario un intervento sociale e politico. Infatti, informare gli individui dei rischi a cui vanno incontro, non è abbastanza per migliorare la salute pubblica.

Un esempio dell'importanza dell'azione sociale è la battaglia contro il fumo: la Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco adottata dalla World Health Assembly nel 2003 è un punto di riferimento nella politica della salute pubblica. E la sua premessa è stata proprio la necessità di un coinvolgimento dei governi nella riduzione del consumo di tabacco. L'azione sociale è, dunque, fondamentale quando parliamo di autonomia e opportunità al fine di raggiungere un totale coinvolgimento nella vita della società, perché ciò che influenza questi fattori è proprio il modo in cui la società stessa è organizzata. •

FONTI

- Costa G. “Status syndrome” tra reddito, cultura e contesto. Pubblicato sulla newsletter: Va' Pensiero n.250 disponibile all'indirizzo www.pensiero.it
- Dobson R. Poorest children under 10 are 40% more likely to die than the richest. BMJ 2006;332:627.
- Marmot M. Health in an unequal world. Lancet 2006; 368: 2081-94.
- Marmot M. Status syndrome. London: Bloomsbury, 2004.
- Narayan D, Patel R, Schaff t K, Rademacher A,

- Koch-Schulte S. Voices of the poor: can anyone hear us? New York: Oxford, University Press for the World Bank, 2000.
- Gordon D, Townsend P (eds). Breadline Europe. Bristol: Policy Press, 2000.



Collo dell'utero: vaccino anticancro

L'imminente introduzione apre prospettive interessanti a politiche sanitarie a tutela della salute della donna, a cominciare dall'età adolescenziale, anche nei Paesi in via di sviluppo. I dati allarmanti e la speranza che la campagna vaccinale, che inizierà nei prossimi mesi, abbia successo

di **Walter Pasini (*)**

Secondo l'OMS, due sono stati gli strumenti attraverso cui l'umanità ha realizzato significativi progressi in campo sanitario: l'acqua pulita ed i vaccini. L'imminente introduzione del nuovo vaccino contro il papillomavirus umano (HPV),

**In Italia
ogni anno
350mila
nuovi casi**

responsabile del cancro del collo dell'utero, sembra confermare il ruolo fondamentale dei vaccini nella soluzione dei maggiori problemi di sanità pubblica a livello mondiale. Nello stesso tempo l'introduzione di questo vaccino apre prospettive interessanti a politiche sanitarie volte a tutelare la salute della donna a cominciare dall'età adolescenziale sia nei Paesi ad alto reddito che nei Paesi in via di sviluppo. Il cancro del collo dell'utero è a livello mondiale al secondo posto per incidenza con 500mila nuovi casi

all'anno e 250mila morti per anno. Quasi l'80% dei casi si verifica in Paesi in via di sviluppo, dove questo tipo di cancro è quello più comune nelle donne. Si stima che in Italia vi siano ogni anno 3500 nuovi casi e 1700 decessi per questa patologia. Quasi la totalità dei casi di cancro del collo dell'utero è dovuta all'HPV, che è l'infezione virale più comune dell'apparato riproduttivo. Ci sono circa 40 differenti genotipi di HPV che possono infettare l'area genitale di uomini e donne. Due genotipi, il 16 ed il 18,

sono responsabili di circa il 70% di tutti i casi di cancro del collo dell'utero e di gran parte dei casi di cancro della vulva, della vagina, del pene e del retto. Due altri genotipi, l'HPV 6 e 11, causano una buona percentuale di displasie cervicali di lieve entità valutabili nei programmi di screening e più del 90% di tutti i casi di condilomi acuminati, la nota malattia sessualmente trasmessa.

A livello mondiale, il picco di incidenza di infezione da HPV si verifica tra i 16 ed i 20 anni. L'infezione da HPV di solito si risolve spontaneamente, ma può persistere e provocare nel tempo lesioni cervicali precancerose che possono progredire e portare dopo 15-20 anni al cancro del collo uterino. Durante il periodo di infezione persistente, le lesioni citologiche e tessutali precancerose possono essere valutabili attraverso i controlli periodici (Pap-test) cui le donne devono sottoporsi periodicamente.

Il vaccino quadrivalente "Gardasil", in commercio nelle prossime settimane,



conferisce una protezione pressoché totale nei confronti dei genotipi 16 e 18 e dei genotipi 6 ed 11. Il vaccino contiene le principali proteine capsulari L1 che si autoassemblano in particelle simil-virali rassomiglianti l'HPV. Queste particelle non contengono materiale genetico virale e sono pertanto incapaci di moltiplicarsi e di essere infettanti.

La schedula vaccinale prevede tre dosi di vaccino da completarsi entro 6 mesi. In una conferenza stampa del 24 gennaio scorso, il Ministro Turco ha opportunamente annunciato che il Ministero della Salute offrirà gratuitamente il vaccino ad una coorte di età, le dodicenni, con la prospettiva di creare nel tempo una popolazione di donne immunizzate nei confronti degli HPV d'alto rischio.

La campagna vaccinale contro il tumore del collo dell'utero dovrebbe partire nei prossimi mesi ed interesserà 280mila ragazze. La spesa a carico del Servizio sanitario nazionale è stata calcolata essere di 75 milioni, ma è presumibile che sia minore considerando che l'accettazione all'offerta di vaccinazione non sarà del 100%.

In considerazione dell'importanza di questa misura di prevenzione per la salute della donna, si potrebbe dire che la sola coorte delle dodicenni sembra poco. Uno dei fattori limitanti l'offerta gratuita del vaccino ad una popolazione di

La campagna vaccinale interesserà 280mila ragazze

donne più ampia da parte del Ministero della Salute è il suo elevato costo, ma va detto che anche un investimento economico maggiore sarebbe comunque giustificato considerando i vantaggi in termine di sanità pubblica per l'elevato tasso di morbilità e mortalità della malattia, le sofferenze umane e gli elevati costi per le terapie mediche e chirurgiche connesse alla cura del cancro del collo dell'utero.

Le ragazze di età superiore ai 12 anni e le donne adulte che vogliano vaccinarsi potranno comunque farlo a loro spese acquistando il vaccino in farmacia con la prescrizione del medico ed anche in questo

caso si tratterà di un investimento economico appropriato per la salute individuale della donna che sceglie di vaccinarsi.

Il medico di medicina generale ha un ruolo fondamentale nel determinare il successo della campagna vaccinale contro l'HPV spiegando alle ragazze ed alle madri l'utilità della vaccinazione. Egli dovrà farsi promotore attivo della vaccinazione specie nelle donne dai 12 ai 25 anni, che non hanno mai avuto o hanno minori probabilità di esser venute in contatto con l'HPV.

Le Regioni dal canto loro dovranno fare a gara per facilitare la vaccinazione delle donne facendosi carico del costo totale o parziale del vaccino specie nelle ragazze della scuola media inferiore e superiore. Non sarebbe male che i medici sensibilizzassero le associazioni femminili ed altre organizzazioni



per spingere in questo senso sugli amministratori regionali.

Per prevenire il cancro del collo dell'utero, le donne adulte dovranno continuare a sottoporsi regolarmente al Pap-test ed anche all'HPV-test che riesce ad individuare con elevata sensibilità e specificità la presenza del papillomavirus. Il Pap-test ha consentito di salvare migliaia di vite umane, ma viene eseguito con regolarità solo dal 46,6 delle donne del Nord, dal 35,6 di quelle del centro e dal 27,4 di quelle del Sud Italia.

L'introduzione del vaccino non dovrà far abbassare la guardia con gli screening anche nelle donne che verranno vaccinate, considerando che esiste un 25-30% di infezioni trasmesse da genotipi di HPV diversi dal 16 e 18 presenti nel vaccino che sarà immesso sul mercato.

(*) *Direttore Centro OMS Medicina del turismo*





Dal kitsch al trash l'agguato del “cattivo gusto”

C'è chi puntualizza che viviamo in una società che ha fatto del giudizio di valore una specie di ossessione: “O bello o brutto, o buono o cattivo, o culturale o sottoculturale”, in sostanza “o/o”. I vari periodi storici hanno sempre visto l'affermarsi di posizioni divaricatrici manichee

di Antonio Gulli (*)

L'uso delle parole - come è noto - risente dei periodi storici. Si usa la parola kitsch, oramai, per indicare una cosa dozzinale, priva di qualsiasi personalità e “buon gusto”; si usa il termine trash per indicare - nel suo significato più nobile - quella forma di arte che mira a creare delle opere con oggetti di “scarto e di rifiuto”; in quello, invece, più diffuso quei prodotti che rimangono - al di là delle intenzioni dei soggetti - solo “monnezza”. Molti assertori del significato più nobile affermano che “tutto è trash”. Affermano che viviamo in una società che ha fatto del giudizio di valore una specie di osses-

sione “O bello o brutto, o buono o cattivo, o culturale o sottoculturale” in sostanza “o/o” (si veda il sito: www.labranca.co.uk). I vari periodi storici hanno sempre visto l'affermarsi di posizioni divaricatrici e manichee; e, probabilmente, in tempi in cui complessità e confusione si sovrappongono, queste possono pure apparire sovradimensionate. Ma il problema non è questo: quanto il fatto che sempre più spesso si spacciano per elementi di gusto la superficiale indifferenza, l'ostentata sollecitazione emotiva, la serialità, l'apparenza della sentimentalità e la derisione della condizione di impotenza e di dipendenza. In maniera semplice si può affrontare il merito di

quanto indicato dicendo che è venuto meno il “buon gusto”. Si possono richiamare più piani di analisi, ma il risultato non cambia. Molto spesso incontrando le persone nei luoghi della quotidianità si usa spesso dire che “quella persona ha cattivo gusto”.

A ben vedere anche molti luoghi sono segnati dal cattivo gusto. Ma che cosa è il cattivo gusto? Si potrebbe rispondere, in prima battuta, che esso si caratterizza per accostamenti di colori, di forme e di volumi assolutamente disarmonici e contrastanti che rilasciano la sensazione di sgradevolezza. Il cattivo gusto può tradursi in mancanza di raffinatezza, eleganza, classe. Di delicatezza e stile. Coloro

che non cercano queste qualità hanno perciò cattivo gusto? In genere, la responsabilità del cattivo gusto la si fa ricadere sul singolo: è la persona che non ha buon gusto. Sia quando ne è veicolo, sia quando - in effetti - ne è responsabile. Ma è proprio così?

Quando una persona unisce cose tra loro “sgraziate” - si pensi agli abiti o ai monili; si immaginino quei luoghi arredati da oggetti che non hanno nessun carattere, oppure che non esprimono nessuna linea di continuità - è possibile dire che manca buon gusto? Il piano del ragionamento può essere trasferito anche su quello relazionale, cioè quando una persona manca di attenzione nei riguardi di altri? Il modo di dire “non ha avuto il buon gusto di tacere” o, all'opposto, “ha avuto il buon gusto di non risponde-

**Il kitsch
si lega
all'individuo
o alla situazione
generale?**

re”, possiamo farlo rientrare nel fenomeno poco sopra indicato? Probabilmente sì, a patto che si riconosca - anche perché così sembra essere - che quando la mattina vestiamo un abito, di fatto, anche se in maniera implicita, stabiliamo un canale di comunicazione con gli altri i cui contenuti sono tutti iscritti nei “segni” utilizzati. Allora, in sostanza, è più corretto dire che quella persona “non esprime buon gusto”; oppure che essa “non possiede buon gusto”? In al-



tri termini, il cosiddetto kitsch è una questione che si lega all'individuo o è espressione di un qualcosa di più ampio che è possibile rinvenire all'interno di una situazione più generale? Se l'impressione che rilascia l'occuparsi di determinati argomenti può risultare frivolo, leggero od effimero, a ben vedere non lo è, perché chiama in causa qualcosa che ci trascende includendoci all'interno di una dinamica di cui molto spesso non siamo nemmeno consapevoli. E questo qualcosa è il riflesso che vediamo di noi stessi ogni mattina negli occhi che incrociano il nostro sguardo. Non si tratta solo di sentirci apprezzati o accettati; quanto di sentirci meno soli con i nostri pensieri, le nostre preoccupazioni, la giornata che si apre e che scorre. Il rimanere indifferenti “all'altro” è il peggior nemico della nostra identità. Quando esprimiamo cattivo gusto nel presentarci il rischio di rimanere anonimi - o di venire condannati - è alto. Ed ecco ripresentarci la domanda da cui si è partiti: quando ci facciamo veicolo di cattivo gusto? Quando siamo kitsch? Il termine kitsch - preso in prestito dalla lingua tedesca - designa un insieme di fenomeni che vanno anche al di là del semplice “cattivo gusto” o non avere “buon gusto”. Questo termine, oltre a indicare la produzione e il consumo di oggetti di dubbia qualità, designa “anche l'atteggiamento e l'intenzionalità con la quale gli uomini si rivolgo-

Sempre di più si ha l'impressione di essere in presenza di un'ecologia sociale



no a questi oggetti, le emozioni che essi vi cercano e i bisogni che attraverso essi appagano” (Mongardini, 1985:37). Allora è ancora un fenomeno che può circoscriversi alle caratteristiche del soggetto o è qualcosa che vede anche la persona come vittima? Lo studioso appena richiamato ci avverte che “Prima ancora che al cattivo gusto [il] kitsch si deve collegare [...] ad un atteggiamento di manifesta indifferenza degli individui e a quella accentuata distanza dai valori che è propria delle epoche di transizione” (ibidem). In sostanza, allora, l'essere kitsch non è tanto “avere cattivo gusto” - che rimane un fatto soggettivo, quanto essersi “spersi” all'interno dell'universo simbolico condiviso, o aver smarrito quella parte che include l'alter verso cui ognuno di noi ha responsabilità. Ovvero, aver lasciato che il nostro vissuto si riproduces-

se all'esterno attraverso un'esteriorizzazione priva di qualsiasi sentimento. Da qui la possibilità di risultare kitsch quando ci si veste con giacca e cravatta, tailleur e cappello; oppure con il cavallo dei pantaloni alle ginocchia e la marca dell'intimo in bella vista. In questi casi il nostro vissuto è introdotto - e restituito all'esterno - come un prodotto di sintesi, come espressione di una chimica confezionata in laboratori che non stanno dentro di noi, e che si restituisce nella speranza che questo esterno ne faccia buon uso. Insomma un feticcio ricco di una forma di sentimento estroiettato, interpretato, semplificato, evacuato. Insomma trash! Sempre più prepotentemente sembra affermarsi all'interno delle nostre società occidentali l'impressione di essere in presenza di un'ecologia sociale. Bisogna stare attenti che i meccanismi di potere che regolano la nostra convivenza non vengano invasi dagli artisti trash; ovvero che gli artisti di questa forma d'arte non prendano il posto di chi ha la responsabilità sulle nostre vite. La famosa ranocchia di Commorer rimase lessa per non essersi accorta dell'innalzamento della temperatura della pentola in cui era stata immessa. Può succedere tutto ciò anche ad ognuno di noi? O è già successo? Saperlo o non saperlo: è questione di gusto! •

(*) *Professore a contratto presso la Facoltà di psicologia 2 - Università degli Studi “La Sapienza”*



testo e foto
di Simona Bolgia

Goyave, corossol, ananas, banane, rum: ecco alcuni degli elementi che caratterizzano due gioielli caraibici, Martinica e Guadalupa, Dipartimenti francesi d'Oltremare situati tra Oceano Atlantico e Mar delle Antille. Sole e acque trasparenti regnano in queste isole in qualsiasi mese dell'anno, perché non c'è giorno in cui, tra un acquazzone e un simpatico arcobaleno, non ci si possa abbronzare su una delle tante splendide spiagge che le caratterizzano.

Martinica, l'isola dei Fiori

Se pensate ai Caraibi come ad un sogno irrealizzabile, ecco una buona occasione per ricredervi: l'isola di Martinica, chiamata dagli Amerindi Madinina, si visita con la sola carta d'identità e la moneta locale è l'euro. È inoltre facilmente raggiungibile con un volo di linea Air Fran-

Caraibi francesi un mare di fiori

Si raggiungono facilmente realizzando un sogno pieno di sapori, colori e profumi intensi, in un'atmosfera vivace e cordiale

ce (al costo di circa 800 euro) attraverso un duplice spostamento. Si arriva a Parigi Charles de Gaulle per poi trasferirsi con un pullman della compagnia all'aeroporto di Orly. Da qui si attende un nuovo aereo per concludere il viaggio che vi porterà, dopo oltre 8 ore, nella Martinica, oasi naturale della lunghezza di 80 chilometri per 39 di larghezza.

Parto con Mauro una mattina d'inverno e mi ritrovo a fine giornata in una realtà incredibile: è estate, ci sono fiori e piante dappertutto e non è difficile percepire i rumori della foresta, il canto delle cascate o il gracidiare di piccolissime rane che accompa-

gna il corso della notte per poi sparire alle prime luci dell'alba. Alloggiamo presso il resort "Le Domaine de l'Anse Caritan", situato nei pressi del villaggio di pescatori di Sainte Anne. L'albergo è circondato da un grande giardino fiorito e ci offre la possibilità di praticare sport acquatici o effettuare gite organizzate, per cogliere più facilmente la differenza tra la parte meridionale e quella settentrionale dell'isola. Infatti, mentre il sud conserva il tipico fascino caraibico con incantevoli spiagge di sabbia bianca, mare trasparente e palme da cocco, il nord è caratterizzato da spiagge di origine vulcanica ed

*Veduta dal villaggio
di pescatori di Sainte Anne*

è dominato dalla sinistra figura del Mont Pelée, il vulcano alto quasi 1400 metri che nel 1902, eruttando violentemente, cancellò in pochi istanti la vita di circa 30.000 abitanti di St. Pierre, allora capitale dell'isola. Si salvò solo un cittadino, tra l'altro detenuto, e fu cancellata per sempre la Parigi dei Caraibi, la città famosa per l'eleganza dei suoi palazzi. Forte-de-France è ora il capoluogo dell'isola, nota soprattutto perché, a poca distanza da qui, si trova il Jardin de Balata, il giardino botanico disposto intorno ad una villa creola a 450 metri sul livello del mare.

**Paesaggio
di tinte
intense
a volte
violente**

Quello che rimane indelebile nella mente di un turista europeo è quel profumo intenso di fiori come le orchidee, le mangrovie, i fiori di zenzero, o ancora l'hibiscus e la bouganville, in un meraviglioso paesaggio fatto di tinte intense, a volte violente. Colori che ispirarono il pennello di Paul Gauguin, che soggiornò qualche mese nella Martinica alla ricerca di un'isola tropicale dove poter vivere da "nobile selvaggio".



Un tramonto sulla spiaggia di Martinica

Altra esperienza emozionante è passeggiare lungo la spiaggia di Les Salines, dalla sabbia bianca e il mare calmo, che riuscirà tuttavia a stupirvi con onde divertenti, ideali per il body-surf.

Ma poiché parlare di Martinica significa anche parlare di piantagioni di canna da zucchero, sarebbe un peccato non fermarsi qualche ora in una delle tante distillerie che caratterizzano l'isola. Fate attenzione però: il tasso alcolico del rum martinicano è di 50 gradi, a differenza di quello cubano che ne raggiun-

ge "solo" 38-39. Quindi non meravigliatevi se anche voi riuscirete a bere solo il rum aromatizzato al cocco, sicuramente più dolce e meno prepotente!

Guadalupa, l'isola farfalla

Ci piacerebbe visitare tutte le Piccole Antille, ma ci restano cinque giorni e decidiamo di scegliere l'isola più facilmente raggiungibile con un comodo volo di linea Air France della durata di 35 minuti.

Già vista dall'alto, Guada-

lupa affascina per la sua particolare fisionomia. Sembra una grande farfalla posta sul mare, con due ali diverse fra loro: quella a occidente, Basse-Terre, è un susseguirsi di rilievi con vette vulcaniche ricoperte di vegetazione, mentre quella orientale, Grande-Terre, è un altipiano ondulato e arido di pietra calcarea, circondato da spiagge. Anche qui rimaniamo colpiti dalla vivace atmosfera creola che permea ogni aspetto della vita quotidiana, dal ritmo frenetico della musica zouk alla veloce parlata locale o ai colora-

Orchidee del Jardin de Balata



tissimi copricapi femminili in madras a quadretti. La gente del posto è cordiale e si sofferma volentieri a parlare con i turisti, per lo più francesi della media borghesia. Incontriamo pochissimi italiani e, non conoscendo affatto la lingua francese, tentiamo di farci comprendere con l'inglese ma soprattutto con il linguaggio efficacemente suggeritomi da Mauro. A chi non verrebbe in mente come chiedere una forchetta in qualsiasi luogo si trovi? Si sa, il linguaggio dei gesti è il più internazionale di tutti!

Altro elemento fondamentale dell'isola è la sfiziosa cucina creola, che coniuga gastronomia francese,

spezie indiane, frutti esotici e spezie delle Antille. Notevoli le aragoste in salsa piccante, il purè di merluzzo e avocado, il capretto alle erbe, il curry di pollo, il riso con i fagioli rossi e il purè di ortaggi o la torta salata di banane. Detto questo, non risulterà difficile immaginare il motivo per cui Mauro abbia simpaticamente soprannominato le donne locali più robuste con il termine "belle ciacione", che in dialetto romano significa "donne in carne".

I più romantici apprezzeranno poi i tramonti delle Piccole Antille, perché capita spesso che verso sera le nuvole più bizzarre facciano capolino in cielo creando uno spettacolo struggente ed emozionante, con svariate sfumature di rosa e arancio. Se ancora non siete pronti, vi conviene cominciare a preparare i bagagli e la macchina fotografica... •



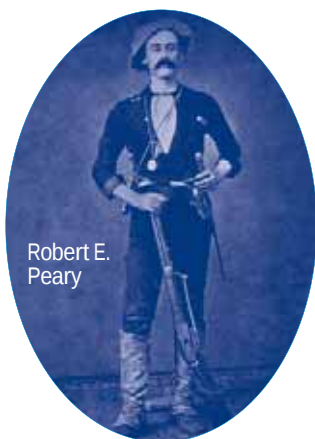
La cittadina di Sainte Pierre

18 APRILE 1906

Un terremoto devastante scuote San Francisco: nel conto finale si registreranno 700 morti e decine di migliaia di feriti.

6 APRILE 1909

Il Polo nord viene raggiunto dall'esploratore americano Robert E. Peary. Si trattava di un ufficiale della marina statunitense che aveva per tutta la vita coltivato questo sogno. Percorrendo il terreno ghiacciato con le slitte, Peary il 5 aprile raggiunse gli 89 gradi e 25 primi di latitudine ed il 6 aprile il punto più settentrionale della Terra. Dal suo diario: "Il Polo, il mio sogno e la mia meta da vent'anni, finalmente è mio".



Robert E. Peary

1 APRILE 1930

L'angelo azzurro, pellicola di Joseph von Sternberg, viene proiettata a Berlino per la prima volta. L'interprete principale del film è una certa Marlene Dietrich. Tra i principali film dell'attrice che conquistò Hollywood ci furono, oltre a *L'angelo azzurro*, *Marocco*, *Disonorata*, *L'imperatrice Caterina* e

Aprile... e le sue storie

*Il solo fascino del passato
è il fatto che è passato.*
Oscar Wilde - Il ritratto di Dorian Gray

Testimone d'accusa. La donna, che ebbe le gambe assicurate per milioni di dollari, partì nel '30 per gli Stati Uniti, assumendone la cittadinanza nel '39.

25 APRILE 1945

È la Liberazione. Le principali tappe furono lo sbarco degli americani ad Anzio il 22 gennaio del '44, la liberazione di Roma il 4 giugno e di Firenze l'11 agosto, sino al 25 aprile '45 quando anche tutta l'Italia del nord venne liberata.

18 APRILE 1955

In Indonesia si apre la prima conferenza dei Paesi "non allineati". Complessivamente 29 Paesi decisero una posizione equi-

distante tra le due super potenze, Stati Uniti ed Unione Sovietica, principali interpreti di quella lunga fase politica e militare che passò alla storia come "Guerra fredda".

Tra i leader dei Paesi "non allineati" vi furono Josip Broz Tito, capo del partito comunista jugoslavo, Ahmed Sukarno, capo di Stato dell'Indonesia e Gamal Abd El-Nasser, leader egiziano.



Martin Luther King

4 APRILE 1968

Martin Luther King viene ucciso a Memphis da James Earl Ray. Premio Nobel per la pace nel 1964, il reverendo King fu in grado di organizzare manifestazioni oceaniche, come nel '63 quando riuscì a portare in piazza circa 250mila persone, o proteste non violente meno evidenti, ma pur sempre incisive, come quando invi-

tò a boicottare i mezzi pubblici in quanto una donna di colore, Rosa Parks, era stata arrestata per essersi seduta nel posto riservato ai bianchi.

25-26 APRILE 1986

Una sconosciuta cittadina sovietica, Chernobyl, è teatro del più grave incidente nucleare mai verificatosi in una centrale.

30 APRILE 1993

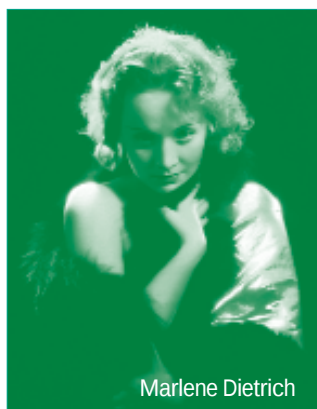
Monica Seles, una tra le tenniste più forti al mondo se non la numero uno, durante il torneo di Amburgo viene accoltellata alla schiena.



Monica Seles

8 APRILE 1994

Il Giudizio universale, affresco di Michelangelo all'interno della Cappella Sistina, viene riaperto al pubblico dopo anni di restauri.



Marlene Dietrich



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.



Emergenze in infettivologia

Palermo, I Ed. 21-28 aprile, 12 maggio, Osp.le dei Bambini

Palermo, IIa Ed. - 10-22-29 maggio Osp.le dei Bambini

Favara (AG), IIIa Ed. - 9-23-30 giugno Castello Chiaramontano

Ciascuna edizione è articolata in sessioni su: meningite, infezioni ospedaliere, endocarditi, statistica e infettivologia, diagnostica per immagini ed infettivologia

Informazioni: prof. Francesco Scarlata

Ist.to Patologia Infettiva e Virologia Università Palermo

tel. 091 6554061, 328 3685937, 091 7035522

Ecm: accreditamento in corso

Omeopatia e clinica oculistica

Roma, 5-6 maggio, Facoltà Valdesse, Via Pietro Cossa 40

Valutazione e verifica dell'efficacia della terapia e della posologia omeopatica nelle congiuntiviti di natura allergica e non, nelle uveiti, nel mucocele, nella blefarite, nel calazio, nell'emorragia retinica, nell'eczema palpebrale, nella cefalea da sforzo di accomodazione, nelle retinopatie vascolari, nell'eczema palpebrale, nella secchezza oculare e nei traumi oculari.

Ecm: crediti ecm richiesti

Informazioni: Segreteria I.r.m.s.o., Via Paolo Emilio 32, Roma

tel. 06 3242843, fax 06 3611963

e-mail: segreteria@irmso.it, sito web: www.irmso.it

Ispezione utero-placentare nelle morti fetali

Genova, 19, 21 aprile, Ospedale S. Martino, L.go R. Benzi 10

Direttore: Ezio Fulcheri

Obiettivi: Il corso ha come obiettivo principale quello di trasmettere le più importanti modalità operative per affrontare l'esame ispettivo della placenta e dell'utero.

Informazioni: Accademia Nazionale di Medicina

Project Manager: Elisabetta Azzoni

Via Martin Piaggio 17/6, 16122 Genova

tel 010 83794224; fax 010 83794260

e-mail: azzoni@forumservice.net, sito web: www.accmed.org

Scuola di psicoterapia breve strategica di Arezzo

Paura, panico, fobie ed ossessioni

Genova, 15 aprile, Hotel Jolly Marina, Molo Ponte Calvi

Relatore: prof. Giorgio Nardone

Obiettivi: il seminario intende dare una formazione sulle tecniche avanzate di terapia breve strategica

Informazioni: dott. Andrea Vallarino

tel. 010 2467677, 349 6922664

e-mail: andreavallarino@libero.it

Scuola di formazione ecografia clinica in emergenza-urgenza

Ecografia in emergenza nell'arresto cardiaco e nel peri-arresto

Pinerolo, 22 maggio e 27 novembre (due edizioni), sede centrale Asl 10

Direttore del corso: dott. Gian A. Cibinel

Il corso, che si svolge in una giornata, comprende una parte teorica al mattino e alcune esercitazioni pratiche al pomeriggio (ecografia cardiaca, ecografia extracardiaca, integrazione dell'ecografia negli algoritmi ALS/ACLS, scenari simulati di arresto cardiaco e di peri-arresto).

Informazioni: Segreteria organizzativa

Sig.ra Paola Pons

Segreteria S.O.S. Formazione - A.s.l. 10 Pinerolo

tel. 0121 235198-5199, fax 0121 235347

e-mail: formazione@asl10.piemonte.it



Radiologia dinamica orofaringe-esofago e retto

Roma, 12 maggio, Ospedale Nuovo Regina Margherita, Via Morosini 30

Presidenti del Convegno: P. Cerro - G. F. Gualdi

Informazioni: Segreteria Scientifica

C. Tomao, A. Chios, M. Mangano, S. Matteucci, M. Nucera, F. Vulterini

fax 06 58446775, e-mail: cerropaola@hotmail.com

Segreteria Organizzativa:

Full Day Meetings & Incentives

Via La Spezia 67, 00182 Roma tel. 06 7028181, fax 06 7010905

e-mail: fullday@fullday.com

Per iscriversi è necessario inviare la scheda di iscrizione entro il 15 Aprile alla Segreteria Organizzativa.

Ecm: è stato richiesto al Ministero della Salute l'accreditamento ECM per Medico Chirurgo - discipline di riferimento: radiodiagnostica, gastroenterologia, medicina interna.

Scuola di ecografia generalista Fimmg - Siub

Ecografia generalista

Parma, 25-26-27 maggio

Responsabile scientifico: dott. Fabio Bono

Ecm: accreditamento in corso

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Doristella Ambroggio, tel. 0521 816717, fax 0521 312222

e-mail: ecogen@fimmg.org, fabiobono@fimmg.org

Chirurgia del politrauma

Bologna, 8-9 maggio, Aula Magna Osp. Maggiore "C.A. Pizzardi," L.go Nigrisoli 2

Direttore: Franco Baldoni

Obiettivi: Lo scopo del corso è fornire adeguate conoscenze per il riconoscimento ed il trattamento delle lesioni traumatiche degli organi addominali e toracici.

Informazioni:

Accademia Nazionale di Medicina

Palazzina CUP - Policlinico S. Orsola

Via Massarenti 9, 40138 Bologna

tel 051 6360080, fax 051 6364605

e-mail: manganelli@accmed.org, sito web: www.accmed.org

What is new in chirurgia?

Scafati (Sa), 17-18-19 maggio, aula riunioni ospedale M. Scarlato

Presidente: dott. Giancarlo Ionta

Direttore: dott. Attilio Sebastiano

Cosa c'è di nuovo nel trattamento della patologia tiroidea, mammaria, andrologica, proctologica, pancreatica, epato-biliare, colica e nell'organizzazione del trauma center.

Informazioni:

dott. Sebastiano tel. 081 5356457 - 333 1072052

e-mail: attiseba@yahoo.it, sito web: www.curaemorroidi.it

Studi clinici di nuove terapie contro il cancro

Roma, 20 aprile, Istituto Superiore di Sanità, sala Pocchiari, V.le Regina Elena 299

Informazioni: Segreteria Organizzativa

AIMaC, Via Barberini 11, 00187 Roma

tel 06 4825107, fax 06 42011216

e-mail: info@aimac.it, sito web: www.aimac.it

Ecm: è stato ottenuto l'accreditamento di 7 punti per le professioni di infermiere, medico, psicologo



Infortunistica stradale **Aspetti clinico-chirurgici, giuridico-assicurativi e medico-legali**

Chieti, 12 maggio, auditorium Rettorato Università "G. D'annunzio"

Responsabili dell'evento: dott. Palmieri Domenico, dott.ssa Lucia Ottaviano

Informazioni: Segreteria Scientifica ed Organizzativa

dott. Palmieri Domenico, e-mail: domenico.palm@libero.it, tel. 320 8966089

dott.ssa Lucia Ottaviano, e-mail: Lucia.Ottaviano@libero.it, tel. 320 8966129

Ecm: è stata inoltrata richiesta di accreditamento ECM per medici ed infermieri

Odontoiatria e omeopatia

Roma, 12 maggio, Istituto Nazaret, Via Cola di Rienzo 140

La metodologia diagnostica, clinica e terapeutica omeopatica nelle parodontopatie, negli ascessi dentali, nell'emorragie, nelle alveoliti, nella sindrome odontofobica e iperestesica

Ecm: crediti richiesti

Informazioni: I.R.M.S.O., Via Paolo Emilio 32, 00192 Roma

tel. 06 3242843, fax 06 3611963, e-mail: segreteria@irmso.it, sito web: www.irmso.it

Società italiana di chirurgia e medicina estetica

Tecniche laser

Bologna, 11-12-13 maggio, Divisione Didattica Valet

Docenti: dott. Follador Enrico, dott. D'angelo Domenico, dott. Marini Fabio

Programma didattico: cenni di fisica; radiazioni elettromagnetiche; fotochimica; calore; le teorie dei laser medicali; ottica della pelle; interazioni termiche; fototermolisi selettiva; tipi di laser monocromatici; luci pulsate ad alta intensità; radiofrequenze; interazioni tra radiazioni elettromagnetiche e tessuti biologici; indicazioni ed interazioni vascolari; indicazioni ed interazioni con pigmenti melanici endogeni; indicazioni ed interazioni con pigmenti esogeni; indicazioni ed interazioni con l'acqua tissutale, luce pulsata intensa: sue indicazioni, radio frequenza: sue indicazioni, le sinergie; le evoluzioni tecnologiche al servizio delle radiazioni elettromagnetiche.

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Valet s.r.l., Via dei Fornacai 29/b, 40129 - Bologna

tel. 051 6388334, fax 051 326840, e-mail: info@valet.it, sito web: www.valet.it

Associazione italiana di medicina manuale

Medicina manuale

Roma, 21-25 maggio, Hotel Kaire, Via Maffeo Vegio 18

Responsabili scientifici del corso: Dott. Manlio Caporale e Dott. Hermann Locher

Alcuni argomenti: sviluppo storico, fondamenti generali ed aree di applicazione della medicina manuale, neuroanatomia e neurofisiologia. eziopatogenesi del blocco. neurofisiopatologia del dolore. diagnostica dei tre passi semeiotica segmentale di maigne e sell, mobilitazione probatoria e manipolazione mirata, anatomia funzionale del rachide e del bacino.

Ecm: 42 crediti per i medici chirurghi e 43 crediti per i fisioterapisti.

Informazioni: Segreteria organizzativa

sig.ra Petra Keller tel./fax 06 35507369, cell. 339 5217169

email: info@medicinamanuale.it, sito web: www.medicinamanuale.it

Società italiana di andrologia - sezione Lazio-Abruzzo-Molise

Disagio sessuale nel "giovane adulto"

Roma, 12 maggio, Auditorium del Seraphicum

Responsabili scientifici: dott. Diego Pozza, prof. Fernando Mazzilli

Informazioni Scientifiche: dott. Diego Pozza, tel. 06 5192858, e-mail: diegpo@tin.it

sito web: www.andrologia.lazio.it, prof. Fernando Mazzilli, tel. 06 33775248

e-mail: fernando.mazzilli@uniroma1.it

Segreteria Organizzativa: Planning Congressi srl, Via Santo Stefano 97, 40125 Bologna

tel. 051 300100, fax 051 309477, e-mail: info@planning.it

Richiesti crediti Ecm



Cure primarie: integrazione e rete

Empoli, 10-11-12 maggio

Temî trattati: modelli di management delle malattie croniche: dalle esperienze USA, UK ed altre europee (rete delle cure primarie) a quelle italiane, i modelli di integrazione della regione Toscana, la formazione per l'integrazione: aziende e università dialogano, le innovazioni ed i progetti tecnologici per il sistema informativo integrato: software a confronto, la rete professionale: professionisti nelle UCP, le esperienze dei MMG e PLS.

Informazioni:

Agenzia per la formazione
Azienda USL 11 Empoli
tel. 0571 704301/02/03, fax 0571 704923
e-mail: eventi@usl11.tos.it
Ecm: richiesti crediti

XX Congresso Nazionale

Società polispecialistica italiana dei giovani chirurghi

Napoli, 17-19 maggio, Palazzo dei Congressi, Stazione Marittima

Presidente: Uberto Andrea Bassi

Temî Congressuali: tradizione ed innovazione tecnologica in ambito polispecialistico, la curva di apprendimento del giovane chirurgo, la prevenzione del rischio in chirurgia polispecialistica

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Andromeda, Galleria Vanvitelli 2, 80129 Napoli
tel 081.5566231, fax 081.5566915
e-mail: andromeda@andromes.com
sito web: www.andromes.com
Ecm: accreditamento in corso

Università G. d'Annunzio Chieti-Pescara

Parodontologia e implantologia

Chieti, 18-19 maggio

Direttore: prof Renato Celletti

Il Corso è riservato ai laureati in Medicina e Chirurgia o Odontoiatria e Protesi Dentaria. Interverranno i più importanti parodontologi e protesisti italiani che seguiranno i corsisti per la durata del Corso (1 anno).

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Università G. d'Annunzio tel 0871 3554070, 0871 3554157
sito web: www.unich.it, www.unidso.it, e-mail: celletti@unich.it

Disturbi d'ansia e disturbi depressivi

Voghera, 15 e 22 maggio, Sala conferenze Circolo Culturale "Il Ritrovo", Piazza C. Battisti 1

Responsabile scientifico: dott. Paolo G. Risaro

Corso di aggiornamento Ecm (in attesa del rilascio dei crediti formativi)

Informazioni:

Segreteria organizzativa e provider Ecm
Agenzia "We for You" - dott.ssa Daniela Lorenzini - Pavia - Viale Libertà 10 - tel. 338 4931653

Scuola medica ospedaliera

Radiologia odontostomatologica

Roma, 3-4 maggio, aula EOSMED, Via Prenestina 321

Direttore: dott. Paolo Diotallevi

Informazioni: Segretario scientifico dott. Enrico Moglioni

Segreteria: Scuola medica ospedaliera, B.go Santo Spirito 3, 00193 Roma
tel. 06 68802626



Università cattolica del Sacro Cuore - Roma

Psichiatria aziendale e problema del mobbing

da maggio a settembre per complessive 60 ore didattiche

Per medici, psicologi e laureati juniores (triennali)

Ecm: i partecipanti ottengono tutti i crediti previsti per l'anno in corso

Informazioni: Servizio Formazione Permanente U.C.S.C.

tel 06 3015.4297, fax 06 3051732, e-mail: parisi@rm.unicatt.it, sito web: www.rm.unicatt.it/formazionepermanente

La sindrome di Kawasaki

Palermo, 12 maggio, sede A.N.F.E.

Il convegno prevede la partecipazione del Prof. Tomisaki Kawasaki e dei seguenti relatori:

dott.ssa Atsuko Suzuki, dott. Yoshikazu Nakamura, prof. G. R. Burgio

prof.ssa F. Falcini, prof. F. Meli, dott. R. Barcellona, dott. E. Burgio.

Informazioni: Segreteria Organizzativa

A.N.F.E. Delegazione Regionale Sicilia Via della Ferrovia San Lorenzo, 54 I - 90146 Palermo

Per informazioni ed iscrizioni rivolgersi a:

sig.ra Lorena Greco, telefono 091 6710267, int. 123, sig.ra Lia di Maio, telefono 091 6710267, int.117

fax 091 6716974, e-mail: ecm@anfe.it, iscrizioni@vitalis-ecm.it, sito web: www.ecm.anfe.it, www.vitalis-ecm.it

Seconda Università degli Studi di Napoli

Ecografia interventistica

Ravello, Villa Rufolo, Costiera Amalfitana, 20-23 maggio

Presidente del corso: prof. U. Parmeggiani

Direttore: dott. Luciano Tarantino, e-mail: luciano.tarantino@fastwebnet.it

Responsabile: dott. L. Tarantino

Programma: procedure diagnostiche ecoguidate, drenaggi ecoguidati, ablazione dei tumori del fegato, ecografia interventistica della tiroide, ecografia con m.d.c. nelle procedure interventistiche

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott. Ignazio Sordelli, e-mail: ignazio.sordelli@virgilio.it, sito web: www.ecografiainterventistica.it

Segreteria Organizzativa: mrs. Suita Carrano, tel. e fax 089 857922

e-mail: info@weddingravello.it, congressi@hotel-ravello-congressi.it

Associazione medica italiana di ecologia clinica

Nutrizione olistica

Milano Marittima, 11-12-13 maggio, Centro Congressi Hotel Palace, Viale 2 Giugno 60

Programma scientifico: 11 maggio diagnosi e terapia in allergologia, l'intestino come ago della bilancia del benessere dell'organismo, test dell'olfatto per la determinazione del metabolismo intermedio, la diagnosi delle intolleranze alimentari con metodica cytotest, dimostrazione pratica sessione poster, presentazione di lavori effettuati con metodica cytotest;

12 e 13 maggio conoscere e gestire i disturbi del comportamento alimentare

Informazioni: Segreteria Congressi Natural Srl, dott.ssa M. Grant Viale Ippocrate, 93

tel. 06 49380793, fax 06 44700188, e-mail: congressi@naturalroma.it, sito web: www.naturalroma.it

Vent'anni di chirurgia laparoscopica

Bologna, 23-26 maggio, palazzo Re Enzo, Basilica di S. Petronio, Palazzo dei Congressi

Presidente: prof. Francesco Capizzi

Presidente onorario: prof. Vincenzo Stancanelli

Informazioni: Segreteria Scientifica

Medica: F.D. capizzi, R. Berta, S. Boschi, M. Di Domenico, L. Fogli, P. Patrizi, F. Vetere, D. Capizzi, P. Matteini
tel. 051 3172836/7/0, fax 051 3172831, e-mail: chirgastrolaparo.maggiore@ausl.bo.it

Infermieristica: L. Ferri, L. Marzola, S. Serra, tel. 051 3172835, 051 6478226, fax 051 3172831, 051 6478613
e-mail: loretta.ferri@ausl.bo.it, luca.marzola@ausl.bo.it, stefania.serra@ausl.bo.it

Organizzativa: Wells s.r.l. tel. 051 514051, fax 051 505331, e-mail: acoi@wells.it, sito web: www.acoi.it



Auscultazione cardiaca

Padova, maggio - dicembre, Hotel Holiday Hinn

Responsabile: dott. Davide Terranova

Argomenti: dal corretto uso dello stetoscopio ai segreti della auscultazione del cuore.

Evento multimediale con suoni udibili in sala (6 crediti ECM)

Demo visibile su: www.davideterranova.it/ausc.htm

Rivolto ai medici di medicina generale, dello sport, cardiologi

Informazioni: Effe Emme sas di A. Marsiaj & C., tel. 0445 502849, fax 0445 515824, e-mail: anna@e4a.it

Medicina e chirurgia estetico funzionale

Città di Castello (Perugia), 12 maggio, Terme di Fontecchio, Sala Congressi

Presidente onorario: prof. Paolo Brunetti

Presidenti: prof. C. Alfano, prof. R. Bisacci

Direttore scientifico del convegno: dott. Massoud Dehgani Mobaraki

Informazioni: Comitato scientifico del convegno

presidente prof. Paolo Brunetti, prof. Carmine Alfano, prof. Roberto Bisacci, prof. Carlo Alberto Bartoletti, prof. Giovanni Casucci, dott. Massoud Dehgani Mobaraki, dott. Giannarcangelo Pasqui.

Comitato Organizzativo: Daniela Pasqui, dott. Massoud Dehgani Mobaraki

Pietro Turchetti, dott. Giannarcangelo Pasqui

tel. 075 86285620, fax 075 8628521, e-mail: faradai@libero.it, terme@termedifontecchio.it

sito web: www.termedifontecchio.it

“Il buon uso del sangue”

Nuovi standards per una “vecchia” terapia

Torino, 12 maggio, Ao Cto Crf Icorma, Via Zuretti 29, Aula Magna

Principali argomenti: risparmio emoglobinico nella pratica clinica; controllo volemico; il sangue di banca

Informazioni: Segreteria Scientifica

L. Burbi, A. Locatelli, A. Miletto tel. 011 505730, fax 011 590940

Segreteria Organizzativa: Il Melograno Servizi, Via Pigafetta 36, 10129 Torino

tel 011 505730, fax 011 590940, e-mail: info@ilmelogramnoservizi.com, sito web: www.ilmelogramnoservizi.com

Ecm: è stato richiesto l'accreditamento

Il management del paziente respiratorio

Napoli, 11-12 maggio, New Europe Hotel Centro Congressi

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.idacpa.com

Ecm: il congresso ha seguito le procedure per ottenere l'autorizzazione

presso il Ministero della Salute dei crediti di “Educazione Continua in Medicina”.

Tendinopatie

Chianciano Terme, 5 maggio, Parco Acquisanta, Sala Fellini

I Sessione: le Tendinopatie, inquadramento generale

II Sessione: la patologia del tendine nell'arte e nello sport

III Sessione: quale terapia per la patologia del tendine

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott. Donato Vassalli, responsabile Centro Patologia dell'Apparato Locomotore

Stabilimento Sillene, Terme di Chianciano, Piazza Marconi, Chianciano Terme

tel. 0578 68554, cell. 338 6444752

Segreteria Organizzativa: FC Eventi srl, Vicolo Posteria 20/2A, 40125 Bologna

tel. 051 236895, fax 051 2916933, e-mail: info@fc-eventi.com

Ecm: è stata inoltrata richiesta di accreditamento

Grazie anche alle numerose notizie che ci vengono fornite dalle agenzie di stampa ADN Kronos salute e ANSA Salute, alle quali da anni siamo abbonati, pubblichiamo dati relativi a iniziative regionali, provinciali e comunali nel campo, sempre più difficile da esplorare, della Sanità. Lo scopo che ci siamo prefissi è quello di fornire, ai colleghi e ai lettori tutti, spunti di riflessione e confronto

a cura di **Andrea Meconcelli**

TOSCANA

Nata rete "salvacuore"

Ogni anno in Toscana, secondo i dati dell'Agenzia regionale di sanità, 8 mila persone sono colpite da infarto e circa 5 mila vengono ricoverate ma 1.600 muoiono prima di raggiungere l'ospedale, malgrado la presenza di 25 Unità di terapia intensiva coronarica (Utic). Per questo l'Associazione nazionale cardiologi ospedalieri (Anmco), insieme alla Società italiana di cardiologia (Sic) e quella di cardiologia invasiva (Sici-Gise), propone la creazione di una rete di collegamento tra ospedali. "Obiettivo del progetto - spiega Francesco Bovenzi, presidente regionale Amco - è la creazione di una rete di collegamento tra ospedali dotati di servizi di emodinamica interventistica, operativi 24 ore su 24, e ospedali periferici mediante ambulanze medicalizzate in grado di eseguire un 'trasporto protetto ed intelligente, basato cioè sulla diagnosi e sulla terapia precoce attraverso l'esecuzione e la teletrasmissione dell'elettrocardiogramma, l'uso di defibrillatori in collegamento costante con la centrale del 118 e le Unità coronariche". La rete sarebbe utile in quanto "appena il 65% delle persone colpite da infarto - continua Bovenzi - arriva in ospedale vivo e in tempo utile per essere sottoposto a un trattamento adeguato". In Toscana sono presenti 17 servizi di emodinamica interventistica: di questi solo 7 sono in grado di eseguire angioplastica primaria 24 ore su 24. "Il numero delle unità coronariche in grado di eseguire procedure interventistiche 'in sede' è sufficiente - rivela Leonardo Bolognese, direttore del dipartimento cardiovascolare dell'ospedale S. Donato di Arezzo. Ogni anno servirebbero in Toscana circa 4.000 angioplastiche primarie a fronte delle 1.600 eseguite. Mancano dunque all'appello 2.400 interventi l'anno, tenuto conto che i pazienti che traggono benefici sicuri sono i casi più gravi".



UMBRIA

Progetto Benessere

L'Azienda sanitaria locale del Ternano ha promosso un "progetto benessere" per educare i cittadini ad un corretto stile di vita. Per ora riguarderà i circa ventimila abitanti della circoscrizione Colleluna, ma si estenderà poi a tutta la città. Una indagine realizzata con questionari su un campione statisticamente rilevante ha evidenziato che il 32 per cento dei ternani sono fumatori, che il 36 per cento degli intervistati è in sovrappeso ed il 10 per cento obeso, e che il 12 per cento del campione è considerato a rischio per il consumo di alcol. Dall'indagine risulta anche che il 41 per cento degli intervistati svolge regolare attività fisica o sportiva mentre il 24 per cento resta seduto per più di sei ore al giorno. Anche in considerazione di questi risultati è stato varato il "progetto benessere", per il quale l'Asl farà recapitare agli abitanti della circoscrizione Colleluna circa diecimila opuscoli con consigli per un sano e corretto stile di vita e per promuovere l'attività fisica e motoria. Il "progetto benessere" comprende anche incontri periodici con medici ed esperti, escursioni, momenti di socializzazione e di confronto sulla promozione della salute e sulla prevenzione, con la collaborazione delle società sportive e delle associazioni del territorio.

FRIULI VENEZIA GIULIA

Visite pediatriche gratis per minori irregolari

I pediatri convenzionati con il Servizio sanitario del Friuli Venezia Giulia dovranno effettuare visite gratuite anche a minori di 14 anni, figli di cittadini stranieri extracomunitari non in regola, in possesso di uno specifico codice denominato STP ("straniero temporaneamente presente"): lo prevede una delibera approvata oggi dalla Giunta regionale. La decisione, presa su proposta dell'assessore alla Salute Ezio Beltrame, deriva dagli obblighi sanciti dalla Convenzione universale sui diritti del fanciullo e ratificati dal Parlamento italiano, che riconoscono il diritto di ogni minore di godere del miglior stato di salute e di beneficiare dei servizi medici e di riabilitazione. La delibera prevede inoltre che i pediatri di libera scelta saranno ricompensati per questo tipo di prestazioni in base a quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale di categoria, mentre gli oneri saranno sostenuti dalle Aziende sanitarie territoriali. Al 31 dicembre scorso, i minori in possesso del codice "STP" in Friuli Venezia Giulia erano 57.

LAZIO

Al San Camillo arriva l'arte di Modigliani

L'arte per rendere più piacevole il ricovero e favorire la guarigione. Con questo intento è stata collocata oggi all'ingresso del San Camillo-Forlanini una copia in bronzo della scultura monumentale Tete de Cariatide realizzata da Amedeo Modigliani. L'artista Livornese, che fu curato nel 1901 proprio nel nosocomio romano per una tubercolosi, realizzò la scultura nel 1910 utilizzando una traversina di legno del metrò. La scultura è stata donata alla città di Roma da Laure Modigliani Nechtschein ed è stata presentata nella Capitale per la prima volta lo scorso novembre.

CAMPANIA

Campus per la ricerca biomedica

È l'obiettivo del progetto 'Biomedical', promosso dalla Regione Campania, con la collaborazione del ministero della Ricerca Scientifica e del Comune di Napoli, che troverà la sua attuazione nelle strutture del Cnr di via Pietro Castellino a Napoli.

Il Campus, per il quale la Regione ha stanziato 60 milioni di euro, 50 dei quali provenienti da fondi europei, sarà realizzato utilizzando alcuni edifici già presenti sul posto e ancora non utilizzati. Altri immobili saranno messi a disposizione del centro, delocalizzando gli istituti attualmente presenti, che non hanno però attinenza con la ricerca biomedica.

Il centro che potrebbe partire tra due mesi, avrà il compito di coprire una fascia di studio ancora scoperta in Italia, quella compresa tra la cosiddetta ricerca di base e quella applicata, che consente poi la commercializzazione e l'utilizzo pratico dei relativi farmaci. Un buco - ha detto Andrea Ballabio - difficile da coprire e che prevede una serie di passaggi e ricerche lunghe e difficoltose. Tecnicamente la ricerca relativa a questa fase di studio si chiama "traslazionale".



LOMBARDIA

Denti e farmaci "salva-ossa"

È attivo a Milano, interno alla Clinica odontoiatrica e stomatologica dell'università degli Studi cittadina, un Centro di prevenzione e ricerca sui pazienti in terapia con bifosfonati: farmaci 'salva-ossa' molto usati contro osteoporosi e tumori ossei, che in certi casi rischiano però di danneggiare i denti causando una malattia chiamata 'Onj' (osteonecrosi delle ossa mascellare e mandibolare). La patologia, fino a 10 anni fa ignota, negli ultimi anni conta sempre più

diagnosi. Il pericolo riguarda per lo più l'assunzione di bifosfonati per infusione endovenosa nella terapia anti-neoplastica, come ha confermato anche l'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) con la nota 79 del 21 novembre. Il nuovo centro da gennaio ha già preso in carico una trentina di pazienti con una media di quattro alla settimana. Questa osteonecrosi (morte del tessuto osseo) merita particolare attenzione sia per la gravità della lesione sia per le implicazioni socio-personali che comporta: dolore, difficoltà nell'alimentarsi e nell'igiene orale, con conseguenti superinfezioni, limitazione nella stabilità di protesi dentarie, alitosi marcata e disagio psicologico. Gli obiettivi del centro sono molteplici e mirati sia ai pazienti in terapia con bifosfonati, ai quali viene offerto un protocollo di prevenzione e, ove richiesta, assistenza diretta, sia ai medici odontoiatri per i quali è in atto un programma di informazione, aggiornamento e collaborazione, sia a istituti di ricerca, ospedali e reparti di Ematologia, Oncologia, Chirurgia maxillo-facciale e Patologia orale.

Bambino in ospedale, progetto Ausl-Telefono Azzurro

La situazione del bambino in ospedale è il tema del progetto pilota "di prevenzione e di ascolto", promosso da Telefono Azzurro in collaborazione con il Dipartimento dell'Età evolutiva dell'Università di Parma e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Il progetto, realizzato grazie al contributo della Fabbrica del Sorriso, rappresenta la prima esperienza a livello nazionale di creazione di un modello d'intervento in ambito ospedaliero centrato sui bisogni reali del bambino. Tema centrale della ricerca è la capacità da parte del personale medico e degli operatori di rapportarsi al disagio del paziente. Secondo i dati raccolti, i fattori in grado di proteggere il bambino dalla condizione di disagio sono rappresentati principalmente dalla possibilità di giocare (45%) e di comunicare con il personale (45%). Rispetto alla modalità d'intervento, la maggioranza delle persone intervistate è a conoscenza dell'eventuale supporto portato dagli psicologi interni (31%), così come riconosce la rilevanza del lavoro in équipe (24%). I risultati della ricerca portano anche proposte di miglioramento della struttura ospedaliera. •



Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



Il perfido cellese

Celle sul Rigo è una frazione di San Casciano Bagni, in provincia di Siena. Qui il giovane Giuseppe Pallini, autore del libro, è stato medico condotto dal 1950 al 1957.

I cellesi si sono guadagnati il poco indovinato epiteto di perfidi a causa del loro carattere certamente amiche-

vole e bonario, ma caratterizzato da una rude fiera, prossima alla scontro. Lo accettano però e ne sembrano orgogliosi.

Con stile semplice e con un linguaggio immediato, intercalato qua e là da espressioni in vernacolo che rendono più viva la narrazione, Pallini raccoglie i ricordi del suo settennato a Celle e, ricostruendo in una carrellata di singoli episodi la storia ora di un personaggio, ora di un momento importante della realtà di questo paese, riesce a creare un interessante spaccato dell'ambiente rurale e della vita che vi si conduceva mezzo secolo fa.

Giuseppe Pallini: "Il perfido cellese"

Edizioni Cantagalli, Siena - pp.143, € 12,00

Versi d'amore a lei

Francesco Pampallona ha iniziato a scrivere versi per sua moglie Gilda nel 1949, quando conobbe la donna che sarebbe rimasta per sempre, anche dopo la sua dipartita, la musa ispiratrice della sua poesia.

Queste liriche esprimono, assieme ad una ricerca di comunicazione e al bisogno di affetto, il nostalgico incanto di un amore vissuto intensamente nella sua esclusiva unicità. In esse emerge il dolore del distacco e il desiderio di ritrovare la presenza della donna amata e un rinnovato palpitare del cuore nei gesti quotidiani, nella bellezza della natura, nel ritornare nei luoghi frequentati, nelle immagini ricostruite dai ricordi.

Versi pieni di mestizia da cui trapela la certezza che l'incontro anelato possa avvenire in una diversa dimensione verso la quale si accede con la poesia.

Francesco Pampallona: "Versi d'amore a Lei"

Edizioni Greco, Catania - pp. 143, € 10,00



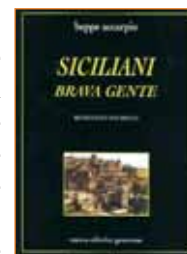
Siciliani brava gente

Con la biografia di suo nonno, Beppe Accarpio ricostruisce la storia della sua famiglia dagli ultimi decenni dell'Ottocento alla metà del secolo passato. Il libro è coinvolgente, come sono in genere le saghe familiari, che inducono spontaneamente il lettore ad interessarsi della sorte di una o più figure delle quali viene raccontata tutta la vita.

La narrazione, sciolta e spontanea, sa caratterizzare con pochi tratti i personaggi e acquista particolare interesse descrivendo la società prima della guerra. Significativo è il racconto dei giochi che facevano allora i bambini, dell'emigrazione negli Usa, terra ricca di opportunità e di opulenza, di cui approfittò la mafia d'oltreoceano, e di un soggiorno in Libia, che gli dà l'opportunità di parlare della mentalità musulmana e della situazione politica italiana durante il fascismo, cui una persona integerrima come il nonno seppe opporsi con equilibrio e dignità.

Beppe Accarpio: "Siciliani brava gente"

Nuova Editrice Genovese, Genova - pp. 205, € 12,90



Riabilitazione pre e post-operatoria nell'artroprotesi d'anca

A causa della sua diffusione tra la popolazione e dell'infermità che comporta, l'artrosi dell'anca è considerata una malattia sociale di primo piano. La consapevolezza che un numero sempre crescente di pazienti affetti da questa patologia richiede di conoscere in dettaglio le possibilità di recupero funzionale tanto nel periodo precedente, quanto in quello successivo all'operazione, ha indotto Giulio Pio Urbano e Marina Anna Colombo alla stesura di questo manuale.

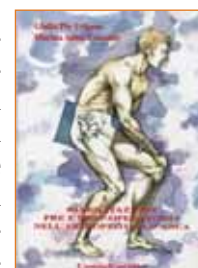
L'opera, ricca di illustrazioni e di facile consultazione, è il risultato di un'esperienza pratica di oltre un decennio in campo riabilitativo ortopedico fatta su oltre mille pazienti operati presso l'Ospedale di Garbagnate Milanese.

G.P. Urbano, M.A. Colombo

"Riabilitazione pre e post-operatoria nell'artroprotesi d'anca"

www.urbanogiulioipio.com

pp. 87, € 20,00 + 5,00 di spese postali



Dizionario di psicologia e psichiatria

inglese-italiano, italiano-inglese

L'inglese, si sa, è diventata la lingua franca della comunicazione scientifica in ogni parte del mondo. È anche noto che, mentre è sufficiente averne una conoscenza limitata per cavarsela nelle quotidiane relazioni interpersonali, per usarlo proficuamente nello svolgimento della propria attività professionale diventa invece indispensabile acquisire un approfondito bagaglio lessicale.

Il vocabolario compilato da Hugo Bowles, grazie alla sua completezza, si rivela, a questo fine, di grande utilità sia per chi, avendo una buona dimestichezza della terminologia specialistica in italiano, voglia facilmente trovare la traduzione in inglese, quanto per chi voglia trovare la corretta forma italiana di un noto termine inglese. L'unica pecca riscontrata in questo lavoro è l'assenza della pronuncia dei termini inglesi, che costituisce una grande difficoltà non soltanto per gli stranieri, ma spesso per gli stessi anglofoni.

Hugo Bowles: "Dizionario di psicologia e psichiatria Inglese-Italiano, Italiano-Inglese"

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma - pp. 391, € 42,00



Educare il paziente

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha collocato l'educazione del paziente, argomento del libro di Jean François d'Ivernois e Rémi Gagnayre, tra le priorità della terapia. Infatti quando si tratta di occuparsi delle malattie di lunga durata, la gestione dell'ammalato necessita di molte competenze che non dipendono direttamente dalle scienze mediche, ma da quel saper fare derivante dalle scienze umane, quali la comunicazione tra il curante e il curato, la pedagogia del paziente, la psicologia del malato. Queste competenze, pur non sostituendosi all'attività medica, si pongono però al centro della cura.

I centri medici presso i quali possono acquisirsi queste competenze sono ancora rari. Il manuale di d'Ivernois e Gagnayre colma pertanto questa lacuna permettendo un'iniziazione di livello professionale a questo importante aspetto della moderna terapeutica.

J.F. d'Ivernois, R. Gagnayre: "Educare il paziente"
McGraw-Hill, Milano - pp. 132, € 19,00



In breve

Alessandro Cochetti

BIANCO NERO BIANCO

Un romanzo dalla struttura e dalla trama molto originali che propone una problematica moderna: l'incontro di culture e di uomini diversi, i bisogni dell'Africa povera e assetata e le sofferenze dei bambini, principali vittime del continente nero, nonché le contraddizioni della nostra civiltà occidentale.

Coop. Sociale Berta 80, Sanseverino Marche
pp.119, € 12,00

Mario Gallo

ETERNI ACCENTI

Silloge di liriche di alta ispirazione e sentimenti profondi espressi in moderni versi sciolti che non disdegnano, a volte, di far uso del lessico poetico più classico. Il mistero e l'incanto della vita, l'amore filiale, le illusioni, gli aneliti e le speranze dell'uomo sono resi con efficacia didascalica.

Copie in possesso dell'autore
Terracina, tel. 0773 723958

Mario Frezza

HUMANS

Due personaggi dalle origini e dallo status sociale diversissimi, anzi opposti, l'uno un magnate americano, l'altro un emigrante fuggiasco dal Darfur, sono al centro di questa storia. Il romanzo ripropone, con uno stile a volte sarcastico, a volte scanzonato, l'antica, insoluta ricerca di uguaglianza fra gli individui e fra i popoli del mondo.

Ibiskos Editrice, Empoli
pp.157, € 12,00

Ronnie Picciotto

IL GIOIELLO DI PASCAL

La storia è ambientata in un non precisato paese di montagna francese, che sembra non essere cambiato molto dai tempi della guerra, dove la vita si svolge ancora con i ritmi distesi di un tempo, ma quell'atmosfera ovattata acquista pian piano una caratterizzazione dalle sfumature noires con sorpresa finale.

ExCogita Editore, Milano
pp.127, € 11,50

Margherita Rimi

PER NON INVENTARMI

Originali queste poesie con le quali l'autrice cerca, come lei stessa dice, di "inventarsi... dall'oscurità gemella delle parole". Sono versi che per la loro brevità ricordano, da un lato, alcune liriche orientali, come gli haiku giapponesi, e che, per il valore evocativo affidato alle singole parole, si avvicinano, dall'altro, all'elaborato ermetismo italiano.

Edizioni Kepos
pp. 95, € 13,00

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"

Brescia

Responsabilità del medico e prescrizione

La Corte di Cassazione, in un'articolata sentenza, ha precisato che l'obbligazione del medico dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale per responsabilità professionale nei confronti del paziente ha natura contrattuale, in quanto fondata sul "contatto sociale". Pertanto, sono applicabili i regimi di ripartizione dell'onere della prova, del grado della colpa e del termine di prescrizione propri del contratto d'opera intellettuale professionale (Cassazione 22 gennaio 1999, n. 589, negli stessi termini Tribunale di Milano 19 febbraio 2001). Conformemente, una recente sentenza di merito ha ribadito che il medico – anche se non legato da alcun rapporto contrattuale di prestazione d'opera professionale nei confronti del paziente – nel momento in cui decide di intervenire, acquista diritti e assume obblighi connessi alla conclusione di un ordinario contratto di prestazione d'opera professionale e, in particolare, quelli concernenti la responsabilità del debitore nell'adempimento della propria obbligazione (articoli 1218 e seguenti del Codice Civile), in virtù del "contatto sociale" stabilito con il paziente.

Per questo motivo, il termine di prescrizione del diritto al risarcimento del danno è quello ordinario decennale (Tribunale di Roma 5 dicembre 2004).

Modena

Una definizione storica: l'atto medico

Dopo molti mesi di accese discussioni sui massimi sistemi dell'universo sanitario europeo la Uems (Union Européenne des médecins Spécialistes) ha adottato la definizione europea di Atto Medico.

Il percorso che ha



condotto a questo risultato non è stato semplice perché si sono scontrate due concezioni della medicina, quella più squisitamente legata alle peculiarità tecnicospicitive della professione (Paesi anglosassoni e nord-europei) e l'altra (Italia) che si richiama ai naturali principi etici e deontologici che hanno sempre improntato il nostro agire. Ne è scaturita una definizione completa e condivisa dai rappresentanti di tutti i Paesi nella quale comunque viene recepita l'istanza della delegazione italiana Fnomceo, guidata dal dott. Berchicci, che si è battuta con estremo rigore.

Il Presidente

Definizione

L'Atto Medico è la totalità degli atti professionali, ovvero attività scientifiche, d'insegnamento, formative, educative, cliniche, medico-tecniche compiuti al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, fornire diagnosi, cure riabilitative e terapeutiche a pazienti, gruppi o comunità nell'ambito del rispetto dei valori etici e deontologici.

Tutto ciò rientra nei doveri del medico iscritto o deve avvenire sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione.

Firenze

Proroga per l'Ecm nel 2007

È stato approvato definitivamente dalla Conferenza stato regioni l'Accordo tra il ministero della Salute e le Regioni che proroga il regime sperimentale del Programma di Ecm e prevede l'istituzione di una Commissione paritetica Stato-Regioni per predisporre una proposta condivisa sul futuro assetto del programma di Educazione continua in medicina e la proroga di sei mesi del regime sperimentale del programma di Ecm. La proroga consente agli organizzatori degli eventi (provider) per i primi sei mesi del 2007 di continuare a registrare corsi e convegni (eventi e progetti formativi) via internet nel sito del ministero della Salute, per la richiesta di accreditamento degli stessi, con la possibilità di registrare le edizioni di corsi e progetti già accreditati negli anni precedenti che gli organizzatori intendono replicare nel prossimo 2007. Il debito formativo resta di 30 crediti, minimo quindici, massimo sessanta, fino a soddisfare l'intero debito formativo che complessivamente è di 150 crediti

per il periodo sperimentale 2002-2007. I crediti già acquisiti dagli operatori sanitari in numero eccedente rispetto a quello stabilito per il periodo 2002-2006, potranno essere validi per il periodo 2002-2007. Il testo integrale dell'accordo è consultabile sul sito internet del Ministero della Salute: www.ministerosalute.it

Genova



Certificazioni sanitarie abolite dal nuovo anno

La Regione Liguria ha abolito, dal 1/1/2007, le procedure di rilascio/rinnovo per le certificazioni di igiene, sanità pubblica e veterinaria rilasciate dal SSR, comprese quelle del libretto di idoneità sanitaria, già precedentemente sospese, e ora definitivamente abolite. Riportiamo i principali certificati menzionati nella legge; per l'elenco completo rimandiamo al sito dell'Ordine: www.omceorge.org.

Certificati: di sana e robusta costituzione; di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego; di idoneità fisica per l'assun-

zione di insegnanti e altro personale di servizio nelle scuole; di idoneità fisica al servizio civile volontario; per vendita di generi di monopolio; di idoneità fisica per l'assunzione di apprendisti maggiorenni; di idoneità psico-fisica per la conduzione di generatori di vapori (caldaie); sanitario per l'impiego dei gas tossici; sanitario per l'esercizio delle lezioni di educazione fisica, di vaccinazione per l'ammissione alle scuole pubbliche, sostituito dalla autocertificazione; di idoneità psicofisica per la frequenza di istituti professionali o corsi di formazione professionale; libretto di idoneità sanitaria per il personale alimentarista; di non contagiosità per la riammissione al lavoro degli alimentaristi dopo l'assenza per malattia oltre 5 giorni; libretto di idoneità sanitaria per i parurucchieri, barbieri e affini, estetiste e per le attività di lavanderia; tessera sanitaria per le persone addette ai servizi domestici; di idoneità fisica all'esercizio dell'attività di autoriparazione: certificato di idoneità sanitaria alla conduzione di impianti di risalita; certificato di idoneità psico-fisica per maestro di sci; certificato di idoneità fisica a fare il giudice onorario e il giudice di pace; certificato di idoneità sanitaria per i lavoratori extracomunitari dello spettacolo; certificato sanitario per ottenere sovvenzioni contro cessione del quinto della retribuzione. In materia

di medicina scolastica aboliti gli obblighi riguardanti: la presenza del medico scolastico; la tenuta di registri di medicina scolastica; la presentazione di certificato medico oltre i 5 giorni di assenza; le periodiche disinfezioni e disinfestazioni degli ambienti scolastici.

Forlì-Cesena

Prescrizione e colpevolezza per violazione delle note Cuf

Qualora dai controlli posti essere ai sensi dell'art.1, comma 4 del d.l. 20 giugno 1996 n.323, convertito nella legge 8 agosto 1996 n. 425 risulti che un medico abbia prescritto un medicinale senza osservare le condizioni e le limitazioni previste, questi è tenuto a rimborsare al Servizio Sanitario Nazionale il farmaco indebitamente prescritto.

L'esborso assume connotato di danno pubblico allorché sia destinato alla prescrizione di medicinali senza l'osservanza di quanto previsto nelle note Cuf.

Sussiste senza ombra di dubbio il connotato di grave colpevolezza della attività prescrittiva tenuta dal medico il quale, avendo stipulato la convenzione con la struttura sanitaria pubblica era quindi tenuto a conoscere ed applicare le norme fondamentali che disciplinano la prescrizione appropriata e finanziariamente sostenibile a carico del Servizio Sanitario Nazionale, come espressamente impostogli peraltro dall'accordo collettivo regolante la predetta convenzione.

Udine

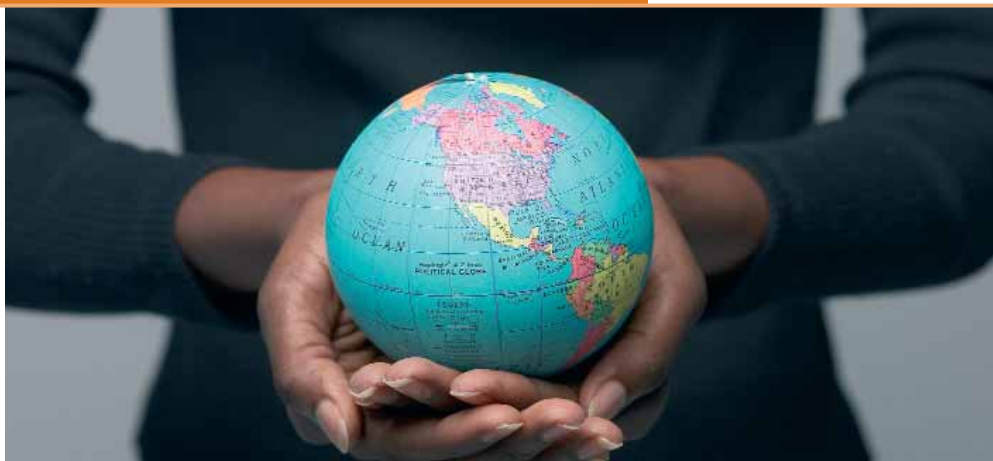
Art. 38 del nuovo Codice deontologico

"Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa.

Il medico, compatibilmente con l'età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà.

In caso di divergenze insanabili rispetto alle richieste del legale rappresentante deve segnalare il caso all'autorità giudiziaria; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente.

Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato."



Un piccolo esercito per aiutare chi soffre

Sono 208 le organizzazioni non governative, vale a dire associazioni private senza fini di lucro, che operano per soccorrere i Paesi poveri. Tremila volontari impegnati all'estero, quasi cinquemila in Italia, oltre tremila i progetti di assistenza

di Ezio Pasero

Sono esattamente 208 le Ong italiane grandi e piccole accreditate ufficialmente presso il ministero degli Esteri. L'acronimo, che più o meno tutti abbiamo imparato a riconoscere, perché definisce sempre nelle cronache dei giornali le associazioni e i gruppi di volontari che intervengono nei paesi flagellati da guerre, carestie, calamità naturali, fame e malattie, sta per Organizzazioni non governative: e cioè associazioni private, senza fini di lucro, che operano, con diverse modalità, nel campo della cooperazione allo sviluppo dei Paesi poveri e della solidarietà internazionale. Pochi numeri le sintetizzano meglio di molte parole: tremila volontari e cooperanti impegnati all'estero, quasi

cinquemila operatori in Italia, oltre tremila progetti in un centinaio di paesi del Terzo mondo, circa mezzo miliardo di euro mobilitati ogni anno. Le Ong, in sostanza, rappresentano la società civile nella cooperazione internazionale per lo sviluppo. O, per dirla in termini meno convenzionali: sono un'espressione della parte migliore del nostro Paese, di coloro che ritengono un'esigenza e un arricchimento morale, un dovere laico o un precetto religioso, l'impegno di aiutare a vivere un po' meglio chi vive molto peggio di noi.

E attenzione, i numeri effettivi di quanti decidono di dedicare un po' del loro tempo, delle loro energie e talvolta del loro denaro alle popolazioni del Sud del mondo sono parecchio più grandi di quelli riportati qui so-

pra: perché, accanto alle Ong definite "idonee", ci sono quelle che, pur non godendo di questa qualifica, non sono tuttavia meno importanti e meritorie. Il riconoscimento di "idoneità", sulla base della legge n. 49/1987 sulla cooperazione allo sviluppo, viene infatti attribuito dal ministero degli Esteri alle Ong che abbiano determinati requisiti. E tale riconoscimento le abilita a operare in un Paese in via di sviluppo attraverso progetti in parte finanziati dallo Stato italiano. Ma nel settore della cooperazione internazionale sono attive anche molte Ong che non sono riconosciute idonee perché non possiedono i requisiti previsti dalla legge italiana; o spesso perché, operando in varie nazioni, non hanno interesse a uniformarsi a una normativa

nazionale; o, ancora, perché dispongono di proprie fonti di finanziamento, e dunque non intendono accedere a finanziamenti statali. E queste organizzazioni svolgono un'opera altrettanto preziosa, per lo sviluppo umano e la solidarietà internazionale, di quelle riconosciute dalla Farnesina.

Raggruppate per la maggior parte sotto le insegne di tre grandi federazioni cattoliche e laiche (Focsiv, Cosis e Cipsi), dotate tutte di statuti che si ispirano a valori condivisi di solidarietà e giustizia, le Ong avevano cominciato a fare la loro comparsa in Italia negli anni Sessanta, sulla spinta delle missioni cattoliche presenti in Africa e in America Latina e di altre associazioni sorte dall'impegno internazionalista e politico, proprio della spinta ideale e militante di quel periodo. Da allora hanno vissuto notevoli cambiamenti, passando da una sorta di organizzazione volontaristica e militante a una organizzazione più efficiente e indipendente. Oggi, le Ong sono impegnate a portare avanti veri e propri progetti di sviluppo, spesso in condizioni di estrema difficoltà, grazie a una sempre maggiore capacità di mobilitare risorse finanziarie ed umane della società civile. E in base alle loro caratteristiche e alle loro vocazioni

**L'espressione
della parte
migliore
del nostro Paese**

Sotto le insegne di federazioni cattoliche e laiche

più specifiche, possono essere suddivise in cinque diversi tipi:

- 1) Ong di volontariato classiche, dove è tuttora marcata la dimensione dell'impegno personale.
- 2) Ong che realizzano progetti di cooperazione internazionale, con l'invio di personale proprio.
- 3) Ong che assicurano sostegno tecnico-economico ai Paesi in via di sviluppo, cofinanziando la realizzazione di progetti gestiti da referenti locali senza invio di volontari.
- 4) Ong specializzate in studi, ricerche e formazione di personale italiano o proveniente dai Paesi in via di sviluppo.
- 5) Ong che operano prevalentemente in Italia in attività di informazione ed educazione sui temi dello sviluppo, della cooperazione internazionale e della mondialità, rivolte alle scuole o ad altri segmenti di popolazione.

Pur essendo essenzialmente associazioni di volontariato, che impiegano cioè volontari in possesso di competenze specifiche e attivi nei Paesi in via di sviluppo, le Ong costituiscono una realtà molto diversa dal volontariato comunemente inteso, perché la loro struttura operativa è professionalmente finalizzata allo svolgimento

delle attività di cooperazione e composta da cooperanti integrati professionalmente nell'organizzazione di cui fanno parte. Sono proprio loro il vero patrimonio delle Ong, le Risorse Umane. Gli operatori impegnati nei Paesi in via di sviluppo sono protagonisti e testimoni del dialogo fra il Nord e il Sud del mondo e incarnano, nel loro lavoro quotidiano, la funzione più specifica e cruciale di ogni Ong, che non si limita ad alleviare le situazioni di povertà, disagio e sofferenza, ma tende ad inserirsi e ad incidere concretamente nei processi sociali e politici delle comunità in cui opera.

Le attività di cooperazione si inseriscono in ciascuna realtà locale che è fatta, in base alle caratteristiche dei diversi Paesi, di relazioni politiche, sociali, economiche ed istituzionali, alle quali si può partecipare solo attraverso il pieno coinvolgimento, la mediazione e il supporto delle comunità locali e delle loro organizzazioni, che di quelle realtà sono parte integrante e ne conoscono quindi, meglio di chiunque altro, i problemi e le necessità. Ecco perché il lavoro delle Ong è un lavoro di relazione, e le risorse umane sono dunque fondamentali, anche per cercare di capire e rimuovere le cause che impediscono o frenano lo sviluppo e per favorire un clima di pace e di convivenza sociale.

Di tutte queste organizzazioni, sono almeno 110 quelle che lavorano in Africa, in un contesto intriso di



disperazione, di dolore, di mancanza di prospettive. Non esiste altro luogo al mondo dove si coniughino con tanta devastante efficacia guerra e malattie, fame e siccità, ignoranza e violenza. Paesi dove la scarsità d'acqua favorisce il diffondersi e l'aggravarsi delle epidemie e dove la mancanza di risorse e di medicinali (ma anche gli egoismi e la miopia dell'Occidente) rendono mortali malattie da noi quasi trascurabili; e dove dunque servono medici per curare, ma anche progetti per scavare pozzi e creare lavoro, scuole per educare, informazione per prevenire. Paesi in cui alla violenza di guerre spaventose si associano le violenze di riti e tradizioni tribali, di imposizioni e prevaricazioni ai danni di donne e bambini, e dove dunque un minimo di benessere e di condizioni che garantiscano la sopravvivenza sono condizioni indispensabili per combattere ignoranza e intolleranza. Lavorare in Africa, insomma, per i volontari delle Ong significa, tanto per fare qualche esem-

pio, restituire la vista ai ciechi nel Mali, dove i non vedenti sono due milioni su 12 milioni di abitanti, e intervenire nelle zone rurali della Tanzania, dove ci sono otto medici e 32 infermieri ogni centomila abitanti; ma anche riscattare i bambini schiavi del Ghana, venduti dalle famiglie indigenti ai pescatori del lago Volta e combattere la mortalità infantile in Sierra Leone, dove i bambini muoiono di dissenteria perché il paracetamolo per curarli costa troppo; portare l'acqua in tutte le zone in cui la disponibilità, e con molti sacrifici, è inferiore ai 5 litri a persona al giorno, mentre le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità prevedono un fabbisogno minimo di 50 litri; e creare scuole, villaggi, rifugi, per sottrarre donne e bambini alla guerra, alla schiavitù, alla morte... È tutto questo, e molto di più, ciò che fanno e vorrebbero fare i volontari delle Ong italiane. E tutti noi, forse, dovremmo fare qualcosa di più per aiutarli e ringraziarli. •

Nel prossimo numero cominceremo a pubblicare un primo elenco delle centinaia di Ong "idonee" registrate presso il ministero degli Esteri.

L'arte diventa artigianato e nasce lo scenografo

Le conoscenze tradizionali delle mitiche maestranze sono state dimenticate e, oggi, non si comprende l'importanza di conoscere il comportamento dei materiali davanti alla telecamera. I "segreti" di Marco Dentici, lo scenografo di "Codice privato" e "Buongiorno notte"

di Maricla Tagliaferri

Quando l'arte diventa artigianato, allora nasce lo Scenografo, con la "s" maiuscola. Lo sa bene Marco Dentici, autore di un centinaio di lavori fra cinema e tv, presidente dell'Associazione Scenografi e Costumisti, architetto. Le sue scenografie sanno essere spettacolari, come in "Codice privato" con Ornella Muti, oppure desolate come in "Buongiorno notte" di Bellocchio; filologicamente corrette come il villaggio del 1200 ricreato per "San Francesco" o vertiginosamente inventate come il condominio post-atomico di "Cronache del terzo millennio" di Citto Maselli. Ma in ogni caso l'attenzione e la cura vanno ai materiali, al singolo mattoncino di resina, alla congruità degli oggetti più umili.

Dunque, più artista o più artigiano?

Nel mio lavoro l'una cosa non esclude l'altra, anzi la rafforza. Sono il responsabile dell'idea visiva di un film, della sua "cifra stilistica", ma poi i progetti debbono arrivare ad una forma, farsi materia, anzi materia-

le, e non tutti i materiali vanno bene. Perciò li devi conoscere, sapere come si comportano davanti alla macchina da presa. Purtroppo molte delle conoscenze artigianali delle nostre mitiche maestranze tecniche si sono perse e spesso mi capita di lavorare nello sbalordimento generale, come fossi un marziano.

Ci faccia un esempio.

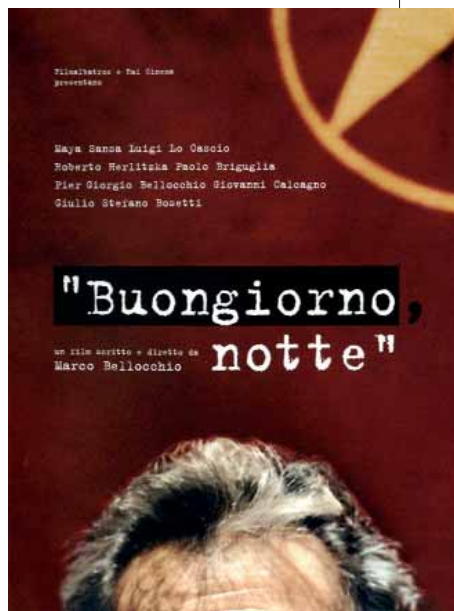
Ricostruendo una boite in "I giorni di Clichy" di Chabrol, chiesi che il legno fosse spalmato con la cera, proprio la cera delle candele, sciolta e data col pennello, a caldo. È un trattamento che non si fa più, ma dà corpo ai colori, una translucenza particolare, perché assorbe la luce in modo diverso rispetto al legno nudo.

Pignoleria pura?

No, è che la qualità della materia determina la bontà del risultato: se fai un bel bozzetto e sbagli i materiali, si stravolge tutto.

Com'è diventato scenografo?

Ho sempre dipinto e disegnato, da quando ero picco-



lo. Ad un certo punto non mi è bastato più il movimento interno al quadro, volevo raccontare attraverso movimento vero. Il primo approccio fu naturalmente il teatro, a Messina, sono siciliano, e poi a Milano, dove andai a studiare. Lì, feci anche il concorso per entrare interno alla Rai, avevo ottime possibilità, ma scappai il giorno prima dell'audizione: non volevo rimanere intrappolato. Venni a Roma e ricominciai da zero. Riuscii a fare l'assistente in "La notte che Evelin uscì dalla tomba", 1971, con Marina Mal-

fatti e Giacomo Rossi Stuart, il papà di Kim. Poi vennero i "Cadaveri eccellenti" di Risi, "Quant'è bello lu murire acciso" di Ennio Lorenzini e tanti altri, tanto cinema di genere. A quei tempi si producevano 370 film l'anno.

C'è un film che avrebbe voluto fare?

"Star Wars", per farlo tutto diverso: con tutti i soldi che hanno speso in effetti speciali, ha un'aria da fiera di paese, da zucchero filato, proprio misera.

Non le piace il computer?

Certo che mi piace, lo uso, è utilissimo in tanti casi, ma se lo usi smodatamente non ci credi più. E poi non puoi fare un film tutto in blu screen, gli attori hanno bisogno di materia da toccare, ambienti credibili in cui muoversi. È come per le lacrime: quando un attore

piange con la glicerina, usa solo gli occhi; se fa sul serio, piange con tutta la pelle.

Come dev'essere una buona scenografia?

A me non piace il clamore, l'esibizione, l'illustrazione. Sono per una scenografia che cresca dentro il film, che reciti insieme a tutto il resto, gli attori, le luci, il montaggio. La parte che finisce nell'inquadratura deve suggerire l'ambiente totale. Che c'entra il clamore e l'effettaccio? Devi essere in armonia con l'idea del regista. Temo proprio di essere un anti-scenografo. •

La chitarra Fender ha sessant'anni

Sul finire degli anni '40 il signor Leo Fender, noto musicista, inventò l'elettrica "solid body" e da quel momento cambiò letteralmente la musica per la gioia di milioni di chitarristi, molti ormai celebri

di Piero Bottali

Dalla fine della prima guerra mondiale i chitarristi americani chiedevano ai liutai di inventare finalmente una chitarra che avesse voce autonoma: il blues si era appena spostato dalle zone rurali, specie del delta del Mississippi, a quelle urbane, vedi Chicago e il jazz si era, da non molto, staccato dal blues stesso. Entrambi i generi premevano per un'affermazione decisa nel panorama musicale che si stava spalancando e la chitarra, lasciati i silenzi rurali per il rumore metropolitano, cercava la sua voce, forte e chiara. Fu Clarence Leo Fender che verso la fine degli anni '40, verosimilmente il 1947, nel suo piccolo laboratorio a Fullerton, California, inventò lo strumento che avrebbe rivoluzionato la storia della musica pop fino ai nostri giorni: la chitarra elettrica "solid body". La Fender, prima chiamata Broadcaster e poi Telecaster in omaggio alla nascente tivvù, con la sua semplice e insieme geniale struttura regalò ai chitarristi la "mar-



cia in più" che cercavano. Vediamola questa struttura, adorata da due-tre generazioni di chitarristi professionisti e dilettanti: il manico è fissato con viti sulla cassa ed ha sezione a V per permettere, con scanzonata irriverenza per le sacre regole classiche, di scavalcare col pollice la tastiera e premere sulle corde basse; tre selle sul ponte per una più facile e rapida regolazione delle corde passanti attraverso il corpo e, soprattutto, per ottenere un suono chiaro e penetrante

dal timbro dell'acciaio: ciò anche grazie al corpo pieno (da qui "solid body") ma sottile e a due ben azzeccati pickup (dispositivo elettronico che trasforma le vibrazioni delle corde in impulsi di tipo elettrico), uno posto al ponte, l'altro in fondo al manico, regolati da un selettore in basso sul corpo in frassino mas-

Ma Leo Fender non era tipo da accontentarsi: dopo aver inventato (siamo nel 1951) la prima chitarra-basso elettrica della storia (il Precision Bass) perfezionò la già popolarissima "Tele" nel modello che gli darà l'immortalità: la Stratocaster. L'impianto era sostanzialmente immutato, con l'aggiunta di un altro pickup, un selettore dei pickup a tre posizioni, e tre controlli di cui uno per il volume e uno per ogni pickup. Ma ciò che conquistò i chitarristi di tutto il mondo fu il suo elegante disegno, con la forma pinnata che ricordava le Cadillac dell'epoca (siamo nel 1954) di cui prendeva anche i colori pastello, e non ultima la sua ergonomicità nell'im-



bracciarla per gli assottigliamenti nei punti giusti.

Fra i maggiori estimatori, Buddy Holly, Jeff Beck, Eric Clapton (che l'ama alla follia),

Mark Knopfler, Jimi Hendrix e David Gilmour dei Pink Floyd. Leo Fender è morto nel 1991 a 82 anni: suonatore di sax, tromba e pianoforte non imparò mai la chitarra. Prima di andarsene ha avuto la suprema gioia di vedere la sua amata Stratocaster premiata nel 1987 quale "migliore chitarra degli anni '80". •

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

IL VIAGGIO. MITO E SCIENZA BOLOGNA

fino al 3 giugno 2007

Importante mostra dedicata ai viaggi di scoperta che hanno consentito di ampliare la conoscenza del pianeta attraverso un'ampia gamma di dipinti, manoscritti, carte geografiche e nautiche, globi e strumenti scientifici.

Museo di Palazzo Poggi
telefono: 051 2099398
www.museopalazzopoggi.unibo.it

GLI IMPRESSIONISTI, I SIMBOLISTI E LE AVANGUARDIE COMO

fino al 15 luglio 2007

Centoventi capolavori provenienti dal Museo Nazionale di Belgrado mai esposte in Italia accompagneranno il visitatore lungo un percorso che porta alla scoperta dell'arte moderna.

Villa Olmo
telefono: 031 571979

IL SIMBOLISMO. DA MOREAU A GAUGUIN A KLIMT FERRARA

fino al 20 maggio 2007

Retrospectiva dedicata al Simbolismo con oltre cento capolavori provenienti dalle più prestigiose collezioni pubbliche e private di tutto il mondo.

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

PAUL CÉZANNE A FIRENZE FIRENZE

fino al 29 luglio 2007

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

Palazzo Strozzi
telefono: 055 2776461
www.firenzemostre.com

I COLORI DELLA CAMPANIA. OMAGGIO A GIACINTO GIGANTE NAPOLI

fino al 3 giugno 2007

Mostra composta da circa centocinquanta opere dedicata a Giacinto Gigante, il maggiore esponente del paesaggismo napoletano in chiave romantica ed emozionale, in occasione del bicentenario della nascita dell'artista.

Museo Principe Diego
Aragona Pignatelli Cortes
telefono: 081 669675

GIORGIO DE CHIRICO PADOVA

fino al 27 maggio 2007

Mostra spettacolare con la più ampia selezione mai offerta in Italia di opere metafisiche e dei primi anni Venti e numerosi dipinti inediti.

Palazzo Zabarella
telefono: 049 8753100

JACQUES VILLEGLE. IL DÉCOLLAGE DI UN GRANDE MAESTRO PADOVA

fino al 31 maggio 2007

Rassegna composta da circa sessanta opere che vanno dagli anni Cinquanta ad oggi.

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

DÜRER E L'ITALIA ROMA

fino al 10 giugno

La mostra annovera opere provenienti da prestigiosi poli museali tra cui la famosa "Adorazione dei Magi" e il "Ritratto di Albrecht

Dürer" e indaga per la prima volta in modo organico e approfondito i complessi rapporti tra questo artista straordinario del Rinascimento e l'Italia.

Scuderie del Quirinale
telefono: 06 39967500

MARC CHAGALL ROMA

fino al 1° luglio 2007

Esposte circa centocinquanta opere dell'artista russo, tra dipinti, gouaches, disegni, sculture e incisioni, della pittura ispirata ad un magico ispirato dalla cultura popolare russa e dalla religione ebraica.

Complesso del Vittoriano
telefono: 06 6780664

IACOPONE DA TODI E L'ARTE IN UMBRIA NEL DUECENTO TODI (PG)

fino al 2 maggio 2007

Una delle città medioevali più suggestive d'Italia, Todi, dedica una mostra al suo figlio più illustre, il poeta Iacopone da Todi ed all'arte umbra del suo tempo.

Palazzo Comunale
telefono: 075 8944748

I MACCHIAIOLI IL SENTIMENTO DEL VERO TORINO

fino al 6 giugno 2007

La mostra propone un interessante percorso tra oltre cento opere, volto a studiare l'originale e rigoroso rapporto dei Macchiaioli con "i principi del vero".

Palazzo Bricherasio
telefono: 800 333444
www.palazzobricherasio.it

Verena D'Alessandro, "Tornado sulla città", olio su tela, particolare



L'arte impersonale di Piero della Francesca

Le sue opere sono ancora oggi tra le più celebrate del Rinascimento. L'artista riesce a rimanere al di fuori dei suoi quadri. Un esempio? "Flagellazione".

I personaggi sono indisturbati e impassibili

di Laura Dotti

Piero della Francesca nasce a Borgo San Sepolcro nel 1415-20 e le sue opere sono, ancora oggi, tra le più celebri del Rinascimento italiano. La sua pittura, infatti, comprende tutte le caratteristiche dell'arte quattrocentesca, ma le trasforma in qualcosa di eccezionale: la prospettiva, gli effetti della luce, le figure, il colore, diventano parte di una rappresentazione perfetta, quasi astratta. Spesso consideriamo migliore un'opera che riesce ad emozionarci, che ci colpisce attraverso volti, sguardi o paesaggi che sembrano "parlare" di sentimenti, dolore, passione. Ma

l'arte di Piero della Francesca non è così.

Di fronte ad una delle sue opere, ad esempio la "Flagellazione" conservata nel Palazzo ducale di Urbino, si potrebbe rimanere persino delusi da figure impersonali, impassibili, inconsistenti che non riescono a condividere nessuna emozione con chi le ammira. L'impersonalità è proprio la caratteristica principale dell'arte di questo grande maestro che crea delle strutture prospettiche rigorosissime, in cui inserire figure grandiose dai volumi geometricamente perfetti. Piero dipinge personaggi maestosi ed eroici, immersi in un'atmosfera dalla luminosità diffusa, sottile e astrat-

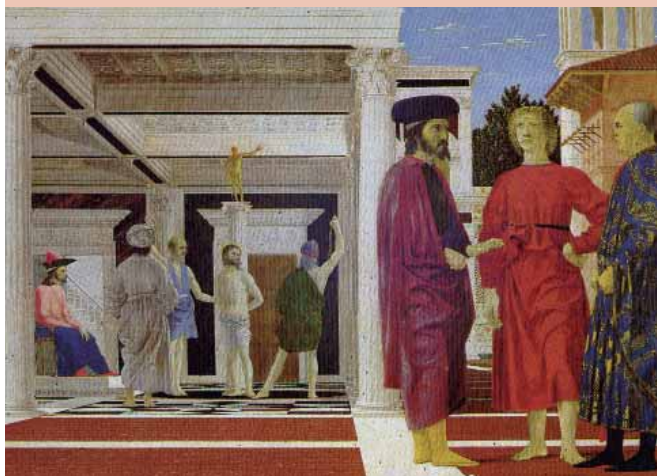
ta che li mantiene come sospesi nel tempo.

Non bisogna chiedere a queste opere di mostrarci le emozioni e le sensazioni dell'artista, non bisogna cercare di vedere i suoi personaggi reagire alle situazioni, anche drammatiche, come reagiremmo noi. L'artista, infatti, resta "al di fuori" delle sue opere e crea un'arte non emotiva, proprio per evitare di riprodurre le proprie emozioni e per esercitare, in fondo, un potere molto più intenso su chi ammira queste grandi figure solenni, le loro azioni dense di verità e dignità, i paesaggi austeri che le circondano. Nella "Flagellazione" egli inserisce, in primo piano, tre superbe figure "attuali", del tutto disinteressate e indifferenti a ciò che sta avvenendo dietro di loro, ma che, comunque, concorrono a formare una scena estremamente impressionante e piena di tensione. La rappresentazione di un dramma così grande, infatti, non è affidata alla limitatezza del "sentire" umano, il pittore va oltre e ci mostra un mondo diverso che ci affascina proprio perché impersonale e rifuggen-

te dalle emozioni. Infatti, anche se ci sembra di preferire le opere in cui è facile ritrovare una sensibilità vicino alla nostra, osservando la pittura di Piero della Francesca tutto è differente: i suoi personaggi rimangono assolutamente indisturbati e impassibili di fronte a ciò che potrebbe sconvolgerci, che potrebbe schiacciare il nostro "sentire". Le sue figure sono maestose come dei o eroi e perfette, per cui non possiamo far altro che ammirare la splendida "impersonalità" (capacità di vedere e rappresentare con una sorta di distaccata partecipazione) di un artista che, almeno per poco, fa sentire anche noi degli eroi.

Bernard Berenson, famoso critico e storico d'arte statunitense di origine lituana, studiando i pittori italiani del Rinascimento, si è soffermato proprio sul concetto di impersonalità dell'arte di Piero della Francesca, paragonando il rapporto dell'artista toscano con la "creatura umana" all'atteggiamento di Wordsworth verso il paesaggio. Raffigurando, infatti, un ideale di uomo che non si preoccupa delle "bufere" della vita, il pittore ci conforta e ci riconcilia con un mondo spesso troppo diverso dai nostri sogni e dalle nostre aspettative, così come il poeta, dotando la Natura del "sentire" umano, ci fa assaporare e condividere la sua incommensurabile superiorità (riguardo) alle nostre passioni ed ai nostri dolori. •

Piero della Francesca, "Flagellazione",
Galleria Nazionale delle Marche, Urbino



Dermatite atopica

Di questa patologia soffrono circa un milione di ragazzini dai 6 ai 10 anni in Italia e nei Paesi occidentali.

Un congresso a Catania fa il punto sulla situazione

È diffusa soprattutto tra i giovanissimi (in età pediatrica) e in certi casi viene sottovalutata. Parliamo della dermatite atopica, una malattia infiammatoria cronica della cute, di tipo eczematoso che si associa frequentemente a iperproduzione di IgE e a familiarità atopica. Se ne è discusso al 62° Convegno Nazionale della SIP, Società Italiana di Pediatria, svoltosi a Catania, durante il quale si è posta l'attenzione sull'elevato numero di casi che nel 2006 ha interessato i bambini nella fascia di età compresa tra i 6 e i 10 anni. I dati emersi dal congresso sono tutt'altro che rassicuranti. Di questa patologia ne è affetto, infatti, circa un milione di infanti in Italia e nei paesi occidentali, in generale, colpisce circa il 10% della popolazione. Nell'età adulta, invece, l'incidenza della malattia è ridotta, oscillando intorno all'1-3% della popolazione totale. Nella stagione invernale, poi, il problema si acuisce, riducendo

La sintomatologia si manifesta nel 60% dei casi entro il primo anno di vita



il benefico effetto dei raggi ultravioletti sulla pelle. Per curare la dermatite atopica è oggi in uso una terapia, che vuole essere una valida alternativa all'uso di corticosteroidi basata sul pimecrolimus, principio attivo non corticosteroideo, che, agendo in modo rigoroso sui meccanismi dell'affezione, ne riduce i sintomi e agisce su zone dove i corticosteroidi non possono arrivare (ad esempio faccia e collo). Il pimecrolimus lavora bloccando selettivamente il procedimento dell'andamento in-

fiammatorio all'origine, risolvendo rapidamente i sintomi ed evitando che l'episodio ritorni. Utilizzato con efficacia su 6 milioni di pazienti, è uno dei prodotti dermatologici più studiati al mondo, sulla base di trial clinici che hanno coinvolto oltre 21.000 persone, confermandone il favorevole profilo di efficacia e sicurezza. Le lesioni tipiche delle manifestazioni acute sono rappresentate da iperplasia dell'epidermide, con edema intercellulare e formazione di piccole vescicole. La sinto-

Prodotto dermatologico utilizzato con successo su sei milioni di pazienti

matologia della dermatite atopica si manifesta nel 60% dei casi entro il primo anno e, nel 90% dei casi, entro il quinto anno di vita. Le manifestazioni cliniche caratteristiche sono rappresentate da secchezza cutanea, prurito e lesioni eczemato-se in sedi peculiari. Nell'infanzia, le sedi più frequentemente interessate dalle lesioni cutanee, che mostrano un aspetto più lichenificato e meno essudativo, sono le pieghe del gomito, delle ginocchia, i polsi, le caviglie, le mani e il collo. La dermatite atopica presenta un andamento cronico-ricidivante ed ha una tendenza alla risoluzione spontanea entro la pubertà in circa il 20-25% dei casi. Circa il 25% dei pazienti con dermatite atopica ha anticorpi IgE specifici per i comuni allergeni alimentari, quali uova, latte, frumento e pesce. I sintomi conseguenti all'ingestione di tali alimenti possono essere, oltre ad una riacutizzazione delle lesioni eczemato-se, anche rappresentati da angioedema delle labbra e del volto, orticaria generalizzata. Il peggioramento della dermatite atopica avviene generalmente a distanza di 8-24 ore. •

E.G.

Farmacogenomica

È una disciplina medica emergente che si è sviluppata dalla farmacogenetica. Ne parla il prof. Giuseppe Altavilla dell'Università di Messina

di Enzo Gallo

La farmacogenomica è una disciplina medica emergente, sviluppata dalla farmacogenetica, il cui compito è di trasferire le nuove conoscenze sul genoma umano sia alla scoperta e sviluppo di nuovi farmaci, sia all'individuazione delle terapie. Uno degli obiettivi principali di queste nuove discipline è la comprensione del significato della variabilità che si verifica naturalmente nelle sequenze geniche. Il profilo genetico di un individuo determina infatti sia le caratteristiche dei bersagli (target) dei farmaci, che delle proteine coinvolte nel processo del loro assorbimento e metabolismo. Dai più recenti studi si è notato come un genoma umano abbia un numero di geni non ancora definito, ma che sembra aggirarsi intorno alle 30mila unità, stando al progetto internazionale di ricerca che ha coinvolto i più illustri oncologi mondiali. Si tratta di una attività di mappatura che confluirà in una banca dati, la quale potrà fornire un prezioso apporto nell'individuazione dei geni coinvolti nelle manifestazioni ordinarie ed in quelle patologiche, responsabili di malattie. L'approfondimento



di tali argomenti è stato al centro di una Conferenza internazionale, al Complesso polifunzionale di Papardo, coordinata dal professor Giuseppe Altavilla, associato di Oncologia medica dell'Università di Messina, nonché direttore dell'U.O. Oncologia medica e terapie innovative del Policlinico Gaetano Martino.

Professor Altavilla, cosa si intende per farmacogenomica e quali sono i più recenti progressi compiuti in questo campo?

Siamo su una strada di non ritorno in senso positivo, perché il Progetto Genoma dà la possibilità di studiare

i tumori sotto il profilo genetico, da cui scaturisce la predizione dei farmaci e quindi delle terapie mirate, oggi definite "intelligenti" che possono fornire maggiori possibilità di sconfitta del male. L'unico aspetto critico riguarda i costi, nel senso che si tratta di terapie particolarmente costose, cosa che rende importante una corretta individuazione della eventuale rispondenza del paziente alle cure.

Quanto incidono, nel bene e nel male, le case farmaceutiche e quanto è sottile il confine tra l'attenzione ai profitti e quella al progresso della scienza?

Le aziende farmaceutiche non sono casse mutue! Intendo dire che, come ogni azienda, mirano al profitto; è pur vero comunque che la ricerca è andata avanti ed è merito dei laboratori di ricerca e delle aziende che recepiscono i progressi ottenuti. Il prezzo della ricerca è altissimo, dunque i costi dei farmaci lievitano di conseguenza.

L'attuale Governo investe sufficientemente nella ricerca?

Il Governo italiano investe molto poco, ne è verifica il rapporto tra Pil e fondi destinati alla ricerca, che è il più basso d'Europa.

Parlando di prevenzione, potrà secondo lei arrivare un tempo in cui lo Stato imporrà ai cittadini un check up periodico, realizzando contestualmente un significativo risparmio sui costi sanitari, intesi come ricoveri e terapie?

Credo che qualunque intervento coercitivo, in un paese fondato su principi democratici non può essere lo strumento adatto. Ritengo invece che sia l'informazione a rivestire il ruolo più importante. La gente deve convincersi della valenza della prevenzione, i media possono, attraverso una corretta informazione, contribuire all'affermazione di una cultura diversa, che modifichi atteggiamenti consolidati di scarsa attenzione nei riguardi della prevenzione. •

Corso per Formatori in educazione terapeutica del paziente

Si è svolto a Roma, promosso dalla SIFoP secondo i criteri OMS e con il patrocinio del Ministero della Salute. Anche così si tenta di dare una risposta all'angoscioso problema delle liste d'attesa



Il dott. Francesco Losurdo

di Francesco Losurdo (*)

La Società Italiana di Formazione Permanente (SIFoP) ha appena concluso il Corso Nazionale di Formazione per Formatori in Educazione Terapeutica del Paziente, svoltosi a Roma il 18 e 19 gennaio e 8, 9 e 10 febbraio scorsi con il patrocinio del Ministero della Salute.

Il corso, conforme nei contenuti e nella struttura ai criteri dell'OMS (50 ore di formazione in aula e 30 ore di autoapprendimento), è stato coordinato dal prof. Jean François d'Ivernois (direttore del Dipartimento di Pedagogia della Salute dell'Università di Parigi Nord), dalla prof.ssa Maria Grazia Albano (docente di Didattica della Medicina presso la Facoltà di Medicina di Foggia) e dal sottoscritto.

All'evento hanno partecipato venticinque specialisti ambulatoriali provenienti da quasi tutte le regioni italiane e due infermieri (in rappresentanza del personale infermieristico): per l'Abruzzo era presente la dott.ssa Giuliana Troiani (Neurologia); per la Calabria il dott. Giovanni Perrone (Endocrinologia); per la Campania i dottori Antonio Capozzi (Patologia clinica), Francesca Carrabs (Ginecologia), Mirella Colacurcio (Diabetologia), Paola Mattei (Endocrinologia), Gennaro Puerto (Oculistica); per l'Emilia Romagna il dott. Gianluigi Ros-

si (Allergologia); per il Friuli Venezia Giulia il dott. Remigio Tito (Odontoiatria); per il Lazio i dottori Giancarlo Roscio (Cardiologia) e Rossella Seller (Psichiatria); per la Liguria la dott.ssa Rosa Anna Bisio (Oculistica); per la Lombardia i dottori Piero Bergamo (Oculistica), Vittorio Magri (Urologia) e Mario Carruba (infermiere); per le Marche il dott. Giampietro Giorgi (Odontoiatria); per il Molise il dott. Leonardo Cuccia (Dermatologia); per il Piemonte il dott. Luigi Fontana (Cardiologia); per la Puglia i dottori Vito Majella-

ro (Endocrinologia) e Anna Maria Idrontino (infermiera); per la Sardegna il dott. Enrico Dovarch (Endocrinologia); per la Sicilia la dott.ssa Marcella Priola (Radiologia); per l'Umbria la dott.ssa Emilia Chiuni (Cardiologia); per la Valle d'Aosta il dott. Enrico Demarie (Oculistica); per il Veneto i dottori Francesco L. Giorgino (Ginecologia) e Ornella Visentin (Chirurgia plastica); per la provincia di Bolzano ha partecipato la dott.ssa Bruna Rizzi (Odontoiatria).

L'Educazione Terapeutica è la vera risposta al problema delle liste di attesa delle persone affette da malattie croniche. Non si possono, infatti, dare risposte esclusivamente biocliniche al problema della cronicità in quanto non si evita di determinare, da parte dei tanti pazien-



**Programmi
strutturali
che perseguono
obiettivi
precisi**

**Valutazione
della formazione
e progetti
professionali
individuali**

ti che non riescono a gestire la propria patologia, una serie di richieste improprie di prestazioni specialistiche e di ricoveri che hanno un elevato costo anche economico per le strutture sanitarie. Il paziente deve essere messo in grado, nel tempo, di curarsi da solo. È questa la nuova scommessa per il futuro della specialistica ambulatoriale: apportare un nuovo intervento terapeutico alle patologie croniche, integrato a quello farmacologico. Si tratta di un processo finalizzato ad aiutare le persone malate ed i loro familiari a “capire la malattia ed il suo trattamento, cooperare con i curanti, vivere nel modo più sano possibile e mantenere o migliorare la qualità della loro vita” (OMS 1998).

L'Educazione Terapeutica, che dovrà rendere il paziente capace di acquisire e mantenere le competenze necessarie per gestire in modo ottimale la sua vita con la malattia, si realizza attraverso programmi strutturati che perseguono obiettivi precisi, vengono condotti da operatori sanitari formati in questo settore e possono essere rivolti ad un solo paziente (educazione individuale) o a gruppi di pazienti (educazione collettiva). È un processo continuo, centrato sul paziente, interdisciplinare, finalizzato al miglioramento della gestione della malattia e quindi ad una maggiore adesione al trattamento. I colleghi formati nel Corso Nazionale SIFoP saranno seguiti ed aggiornati continuamente dalla Scuola SIFoP, diretta dal prof. J.F.



d'Ivernois, dalla prof.ssa M.G. Albano e dal sottoscritto ed organizzeranno nelle proprie regioni e talvolta in zone limitrofe programmi di formazione finalizzati a sviluppare le competenze educative dei curanti (specialisti ambulatoriali e personale sanitario) per garantire un'adeguata educazione terapeutica negli ambulatori specialistici.

I programmi di formazione, inoltre, dovranno integrare più approcci disciplinari: pedagogico, psicologico, sociologico ed aspetti clinici, medici e sanitari. D'altra parte non ci si può limitare a formare il personale sanitario solo nel settore delle conoscenze tecniche di cura, né esclusivamente su contenuti medici. Al termine dei programmi, che saranno messi in atto nei prossimi mesi in tutte le regioni italiane, i curanti (gli specialisti ambulatoriali ed il personale sanitario che collabora) dovranno essere capaci, individualmente ed in équipe, di: comunicare in maniera empatica e riconoscere i bisogni educativi delle persone affette da una patologia cronica, prendendo in conside-

razione il loro stato psicologico, il loro ambiente familiare, sociale e lavorativo, il loro vissuto della malattia (ed il grado di accettazione) e le loro rappresentazioni. Sapranno inoltre negoziare con il paziente gli obiettivi che questi dovrà raggiungere e selezionare ed utilizzare metodi di insegnamento e di valutazione idonei. Per mettere in grado il paziente di raggiungere gli obiettivi concordati con il personale sanitario è necessario infatti adottare metodi pertinenti e diversificati, evitando l'uso di metodi che mettono il paziente in una posizione passiva di apprendimento (es: la lezione magistrale). L'educazione terapeutica si occupa di quello che realmente imparano le persone, delle competenze che acquisiscono; si interessa quindi all'apprendimento piuttosto che all'insegnamento. È infatti finalizzata a far apprendere la “gestione quotidiana” della patologia cronica e l'uso adeguato delle risorse sanitarie, sociali ed economiche disponibili. Per aiutare le persone malate ed i loro familiari ad “organizzare la loro vita con la malat-

tia” è necessario mettere in atto programmi educativi che li rendano capaci di assumere comportamenti idonei anche a far fronte alle crisi ed agli episodi acuti e li aiutino a sviluppare la capacità di reagire nel modo migliore ai cambiamenti di tipo sociale ed ambientale che si verificano nel corso della vita e che influiscono molto spesso sullo stato di salute. A tal fine è necessario che gli specialisti ambulatoriali e il personale sanitario applichino un approccio educativo alla malattia cronica e considerino, nel valutare gli esiti dell'educazione, i risultati riferiti a parametri clinici, biologici e psico-sociali.

È necessario, infine, monitorare i risultati ottenuti da queste iniziative di formazione dei curanti.

Questo è l'impegno della Scuola SIFoP per il 2007. •

(*) *Presidente SIFoP*

ERRATA CORRIGE

Il prof. Vito Carrieri è primario della U.O. di Geriatria di Brindisi e non, come erroneamente pubblicato sul n.1 a pagina 55, primario della U.O di Medicina Interna. L'errore è dovuto ad un'errata comunicazione “ufficiale”.

Segale cornuta: proprietà farmacologiche

È lo sclerozio di un fungo ascomicete parassita di alcune graminacee come segale, orzo, frumento e altre che vegetano nei luoghi umidi. Dall'ergot sono stati isolati glucosidi, ammine, grassi e più di cinquanta alcaloidi

di Carolina Bosco
Mastromarino

Claviceps purpurea
Fam. Hypocreaceae

La Segale cornuta è lo sclerozio di un fungo ascomicete parassita di alcune graminacee, come segale, orzo, frumento e altre, che vegetano soprattutto nei luoghi umidi. A primavera, fra le glume dei fiori delle piante infettate, si sviluppa il micelio del fungo che produce i corpi fruttiferi o conidi provocando un'abbondante secrezione zuccherina (melata) ricercatissima dagli insetti; questi, passando su altri ovari, diffondono i conidi del fungo propagando in tal modo la malattia.

Dall'ovario dei fiori infetti il corpo del fungo sporge come un cornetto tra le glume, di qui il nome. Durante la mietitura molti sclerozi cadono sul terreno dove rimangono inattivi fino alla primavera successiva. All'epoca delle piogge lo sclerozio produce dei corpuscoli rotondi, gli aschi, contenenti ciascuno otto spore che a maturità vengono rilasciate e mediante il vento primaverile raggiungono altre spighe di graminacee.



Da questa specie si ottiene una droga costituita dagli sclerozi del fungo che sono di varia lunghezza, a seconda delle specie di graminacee sulle quali si sono sviluppati: quelli dell'orzo, del frumento, della segale sono lunghi circa 2 cm, quelli dell'Ampelodesmos tenax fino a 5-6 cm. Le ife sono ricche di grassi e di principi attivi. In Francia nell'ottavo secolo morirono 40mila persone per avvelenamento (ergotismo) caratterizzato da cancrena agli arti per vasocostrizione periferica, dovuta al pane preparato con segale infestata da *Claviceps purpurea*. Questo flagello si ripeté ancora nel XVI sec. e solo allora se ne scoprì la causa.

In seguito la *Claviceps* fu oggetto di studio ed il fitocomplesso fu analizzato e utilizzato in terapia.

Fortunatamente le moderne tecniche agricole hanno reso molto raro lo sviluppo spontaneo della *Claviceps*, tanto che in alcuni paesi si procede artificialmente all'infezione di appezzamenti di segale appositamente coltivati. Nonostante la Russia sia la maggiore fornitrice dell'ergot, questo viene coltivato anche in alcuni paesi europei (Repubblica Ceca, Ungheria, Germania). Recentemente sono stati sviluppati ceppi di *Claviceps* in laboratorio che in tini di colture formano ergometrina

ed ergotamina in quantità sufficienti alle necessità industriali.

Principi attivi

Dall'ergot (sclerozio del fungo) sono stati isolati glucosidi, ammine, grassi, una sostanza colorante rossa e più di 50 alcaloidi, che sono ammidi dell'indolo derivato dall'acido lisergico, i più noti sono: l'ergometrina, l'ergotamina, l'ergotossina e la metisergide.

Proprietà farmacologiche

L'ergometrina, poiché induce contrazioni dell'utero, si usa per ridurre l'emorragia post partum. Anche l'ergotamina ha proprietà ossitociche, ma si usa soprattutto come farmaco simpaticolitico; il tartrato di ergotamina, in combinazione con la caffeina, e la diidroergotamina vengono utilizzati per il trattamento dell'emicrania. L'ergotossina è stato uno dei primi prodotti isolati dall'ergot: costituita da una miscela di quattro alcaloidi, viene utilizzata sotto il nome di Hydergina come vasodilatatore per disturbi del sistema circolatorio periferico, quindi i suoi effetti sono opposti a quelli dell'ergotamina. La diidroergotamina è prescritta con successo nelle forme di orticaria resistenti agli anti-reattivi tradizionali (F. Fienzuoli).

**L'ergometrina
si usa per ridurre
l'emorragia
post partum**

Il barone di Munchausen si presenta al pronto soccorso

Dal leggendario cavaliere e da suo figlio prendono il nome le sindromi che interessano la sfera psichiatrica. Sono caratterizzate da simulazione di sintomi riferiti a possibili e verosimili patologie

di Maurizio Zomparelli (*)

Karl Friedrich Hieronymus Von Munchausen vissuto tra il 1720 ed il 1797 narrava ai suoi commensali, ospiti nel suo castello, le imprese militari compiute al fianco dei russi contro i turchi che avevano assediato la città. Imprese, completamente inventate e mai compiute, raccontate solo per impressionare i presenti e dare risalto alla sua persona ed al suo coraggio, vere e proprie simulazioni nate dalla sua fervida fantasia. Il barone ebbe anche un figlio chiamato Polle che morì infante in circostanze misteriose. Questi due personaggi del Settecento raccontati anche in letteratura ed al cinema, hanno dato origine per similitudine storica e comportamentale alle sindromi omonime, ovvero quella di Munchausen, che si differenzia dalla stessa per procura, definita anche di Polle. Si tratta di due sin-



dromi che interessano la sfera psichiatrica, caratterizzate da simulazioni di sintomi, riferiti a possibili e verosimili patologie, che spesso inducono medici ed addetti ai lavori ad inutili e costosi accertamenti diagnostici per scongiurare una possibile malattia. Le statistiche riportano dati sconcertanti, infatti circa il 20% dei genitori che procurano la sindrome portano i figli dal medico più volte alla settimana, il 36% una volta alla settimana, il 43% una o più volte al mese, se consideriamo che solo un 54% dei pediatri di base la conosce e che l'80% di quelli ospedalieri (Veneto) ne è a conoscenza, si evince quanto lavoro per procura venga delega-

to ai medici inutilmente e con scarso successo sulla possibilità di diagnosticare l'entità di questa sindrome. Più allarmante è il dato statistico relativo agli accessi al pronto soccorso ospedaliero; infatti circa il 3% delle piccole vittime viene trasportato al pronto soccorso più volte alla settimana e circa il 60% dei casi ci va per una eccessiva preoccupazione dei genitori e l'80% senza un reale motivo. Le mamme della sindrome per procura sono affette da disturbi di tipo paranoide, borderline, narcisistico, le stesse assumono un ruolo di totale controllo dei sintomi che affliggono i loro figli, esse sono molto collaboranti, attente, presenti, sino al punto di simulare la malattia

del figlio, magari somministrando allo stesso sostanze, le più disparate o medicine che propinano veri e propri disordini metabolici. La sindrome di Munchausen ricalca metaforicamente le fantasticherie eroiche del barone, infatti i pazienti, soprattutto donne, simulano o si procurano sintomi e patologie fittizie, che spesso portano le stesse a ricoverarsi, per eseguire gli accertamenti diagnostici e solo gli esami di laboratorio risolvono i dubbi che possono insorgere al medico. La sindrome di Munchausen compare in letteratura nel 1951 (R. Asher), ma solo studi negli anni '80 ne evidenziano le caratteristiche. Con il DSM IV viene definita come disturbo cronico fittizio con segni e sintomi fisici predominanti e secondo uno studio statistico recente circa il 5% delle visite mediche sarebbero da attribuire alla sindrome. Nel 1977 l'inglese Roy Meadow descrisse la stessa sindrome definita per procura a danno dei figli, le madri simulavano o procuravano malattie e sintomi ai loro figli allo scopo di attirare su di loro l'attenzione degli altri, in alcuni casi purtroppo le stesse procuravano la morte dei loro figli. Una riflessione in questi tempi va fatta da parte di noi medici, anche per quello che accade e leggiamo sui giornali, di mamme che uccidono i loro figli senza spiegazioni apparenti. Se andiamo a ricostruire le loro storie magari troveremo una chiave di lettura grazie alla conoscenza più approfondita di questa sindrome. •

(*) Società medica italiana di psicoterapia ed ipnosi, maurizio.zomparelli@libero.it

**Le statistiche
riportano
dati
sconcertanti**

Frammenti di utopia

Un libro del “poliziotto” storico Ennio Di Francesco che si avvale di autorevoli testimonianze per avallare la descrizione di storie – anche drammatiche – da lui vissute

“Frammenti di utopia” è il titolo del libro di Ennio Di Francesco appena edito dalla Casa editrice “Tracce”. Una miscellanea di articoli, interventi, racconti, poesie in cui scorre la poliedrica esperienza dell'autore, ufficiale dei carabinieri, commissario di polizia, funzionario del Ministero degli Esteri e della Presidenza del Consiglio dei Ministri, attraversando processi e vicende importanti per questo nostro strano Paese. “Diversi articoli - scrive lo storico Giuseppe De Lutiis nella prefazione - conservano palpitante attualità aggiungendovi ora una valenza di storicità. Basta rileggere quelli sulla droga, sui “servizi”, sulla riforma di polizia. Altri sono densi di pathos e di poesia. Tutti si snodano nel tempo attraverso un filo di sottile e forte idealità professionale, sociale e democratica che al di là del settore sicurezza si distende in una visione di vita ispirata a valori di pace, trasparenza, politica no-

bile e responsabilità. E per l'autore anche di amore cristiano...”. Significativo che il libro si apra con un pensiero verso l'autore scritto congiuntamente da Mario, figlio del commissario Luigi Calabresi ucciso da terroristi a Milano nel maggio 1972 e da Marco, figlio di Emilio Alessandrini il magistrato ucciso nella stessa città nel gennaio 1979. Il nome di Ennio Di France-

processo di democratizzazione della Polizia che condusse alla legge di riforma 121/81.

Di Francesco è autore del libro “Un Commissario”, con prefazione di Norberto Bobbio, edito da Marietti e BUR-Rizzoli, premio Selezione Bancarella 1990 amara testimonianza sul “sistema sicurezza” e sul processo di riscatto dei poliziotti.

I diritti d'autore di “fram-



Giovanni Falcone e Paolo Borsellino

sco è legato a indagini e eventi delicati (arresto in Francia del boss Michele Zaza, scoperta di laboratori clandestini di eroina, indagini su Mario Tuti, sulla P2, arresto nel '75 di Marco Pannella e solidarietà espressagli contro l'anacronistica legge antidroga del 1958; ma soprattutto al

menti di utopia” sono destinati all'Associazione culturale onlus dedicata ad Emilio Alessandrini, di cui Di Francesco fu compagno di liceo a Pescara. Il volume contiene un inserto di foto “storiche” sull'evoluzione del movimento democratico di polizia, su eventi drammatici e complessi



della nostra storia (stragi, tangentopoli...), ricorda eroi come Alessandrini, Falcone, Borsellino, Calabresi, Calipari, Don Giuseppe Puglisi, e tanti altri “caduti per servizio”. Tutto il libro insomma si snoda attraverso quel filo di utopia che ha guidato l'impegno professionale dell'autore. Lo testimoniano anche le note autografe di Norberto Bobbio, Leo Valiani, Vittorio Foa, Ugo La Malfa, Antonio Giolitti, Antonino Caponnetto, Don Antonio Riboldi, Vincenzo Parisi e Francesco Cossiga. Il volume si chiude con la frase dell'attuale Comandante generale dei Carabinieri: “Ennio Di Francesco è stato un integerrimo funzionario che ha fatto sempre gli interessi dello Stato”. Crediamo sia importante per tutti procurarsi e leggere questo libro-testimonianza che è disponibile presso le migliori librerie o può essere ordinato alla Casa editrice Tracce, Via Eugenia Ravasco 54 - 65123 Pescara, tel. 085 76658 – segreteria@tracce@email.it.

G. Cris

**I diritti d'autore
saranno destinati
all'Associazione
“Emilio Alessandrini”**

Grande atlante del corpo umano

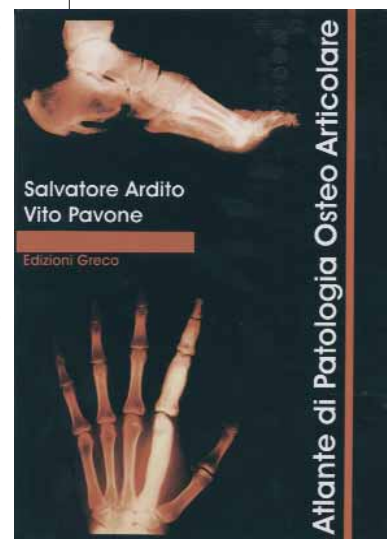
“Dove c'è amore dell'uomo - osservava Ippocrate -, c'è anche amore dell'arte”. La sensibilità dichiarata dal primo grande medico si è tramandata nei secoli, accompagnando le scoperte scientifiche e le invenzioni tecnologiche. Lo stesso studio del corpo umano non può che indurre emozione nell'osservare la complessità e la perfezione di un organo e meraviglia nella descrizione dei meccanismi vitali che lo animano. La bellezza di ogni particolare si conden-

sa inoltre nella totalità del corpo, con la sapiente armonia delle forme e la purezza estetica dei lineamenti. Qualsiasi corpo ha in sé un'innata bellezza, soprattutto se guardato con gli occhi della scienza. È questa la sensazione trasmessa dal “Grande atlante del corpo umano”, edito da Fabbri editore. L'autore, Pierluigi Diano, è un medico particolarmente versato per la divulgazione scientifica, soprattutto attraverso le immagini grazie alle sue peculiari e originali virtù pittoriche, attraverso le qua-

li riesce a suscitare anche emozione e stupore dinanzi alla perfetta “fabbrica” del corpo.

L'Atlante è in realtà un percorso “visuale”, dalla cellula alla nascita dell'individuo attraverso una sorprendente e straordinaria serie di immagini basate sui più moderni progressi della scienza nell'imaging diagnostico emerso dalla risonanza magnetica, tomografia tridimensionale, microscopia elettronica, ecc.

Ciascun argomento ha una presentazione iniziale su una doppia pagina, dalla quale si aprono due ante in verticale o in orizzontale (a mo' di poster), che danno accesso al suc-



cessivo viaggio ai particolari microscopici delle strutture e delle singole funzioni vitali.

Una preziosa pubblicazione, che nell'ambito di due mesi è stata anche tradotta in francese, tedesco e ceco. •

Il “nuovo” Avvenire Medico

Il maggior sindacato dei medici italiani, la Fimmg, rilancia la sua rivista “Avvenire Medico”. È una pubblicazione elegante, rinnovata soprattutto nella veste grafica. Diretta da Michele Olivetti. “A M”, scrive il direttore nella presentazione, sa di poter contare sulla partecipazione alla rivista di “tutti gli iscritti sia come lettori attenti e critici, sia come protagonisti attra-

verso il loro contributo con suggerimenti, proposte e osservazioni”. Il “nuovo” Avvenire Medico è stato presentato nella sede dell'Enpam: in quell'occasione il nostro presidente, prof. Eolo Parodi, dopo amichevoli parole ha sottolineato l'importanza che il sindacato Fimmg riveste per l'Enpam. Gli ha risposto il segretario nazionale del sindacato Giacomo Milillo, che ha vo-

luto ricordare la “vicinanza e l'attenzione della Fimmg per l'Enpam. I medici si occupano sempre più di previdenza e l'attività sindacale è, di conseguenza, sempre più attenta a tale tematica”.

La pubblicazione rinnovata, ha detto Fiorenzo Corti, responsabile della comunicazione del sindacato dei medici di medicina generale, avrà una tiratura che andrà dalle 30 alle 50 mila copie. “A M”, va sottolineato, si avvale di una redazione di alto livello che as-



sicurerà, senza dubbio, continuità e buon gusto alla “voce” dei medici di famiglia. •



A PROPOSITO DI RISCATTO

Caro presidente, sono un medico a tempo indeterminato dipendente ospedaliero extramoenia all'inizio dell'attività con rapporto di tempo definito. Attualmente è in corso il riscatto di laurea di specialità. È vero che gli anni di riscatto non possono essere abbonati per maturare l'anzianità contributiva? Quali sono i parametri per usufruire delle pensioni di anzianità (contributiva)? 55 anni? 57 anni? Almeno 15 anni? Saluto cordialmente

Lettera firmata

Caro Collega, preliminarmente devo precisarti che in qualità di medico dipendente ospedaliero i quesiti pensionistici rappresentati nella tua nota dovranno essere posti presso la sede Inpdap di competenza, dove confluiscono i contributi previdenziali relativi all'attività professionale che svolgi attualmente.

Infatti, presso i Fondi di Previdenza gestiti dall'Enpam, non risulta pervenuta alcuna tua domanda di riscatto. Ti faccio presente, comunque, che l'istituto del riscatto degli anni di laurea e di specializzazione incide favorevolmente sia sull'anzianità contributiva che sull'importo della pensione.

Per quanto riguarda la tua posizione previdenziale presso l'Enpam, ti informo che il Fondo di Previdenza Generale (Quota "A" e Quota "B"), eroga esclusivamente pensioni di vecchiaia; pertanto, per poter percepire un trattamento pensionistico dovrai attendere almeno il compimento del 65° anno di età.

Ti saluto cordialmente.

Eolo Parodi



DA PUBBLICO A PRIVATO

Caro presidente, vorrei approfittare della tua cortesia per chiederti qualche chiarimento, che potrebbe illuminare le mie decisioni per il futuro.

Sono transitato alla dipendenza nel dicembre del 2001, mantenendo la posizione contributiva presso l'Enpam.

Avrei intenzione nel corso del 2007, dopo essermi dimesso dall'incarico di dirigente medico, di dedicarmi alla sola attività professionale privata, continuando a versare il contri-

buto percentuale (Fondo B). Nel 2002 ho richiesto il riscatto dei 6 anni di laurea, e sono in attesa dei conteggi relativi. Potrei sapere, calcolando questi sei anni aggiuntivi, quando potrei iniziare a riscuotere la pensione maturata negli anni di attività con il SSN, e l'ammontare di essa? Sbaglio, invece, nel ritenere che per quanto riguarda i contributi versati sui proventi della libera professione dovrei aspettare i 65 anni d'età? Ti ringrazio anticipatamente ed invio i miei più cordiali saluti.

Lettera firmata

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

Nel tuo caso, mentre il requisito anagrafico sarà raggiunto nel febbraio 2010, per maturare l'anzianità contributiva richiesta, qualora volessi interrompere l'attività in convenzione, dovrai esercitare l'attività libero professionale fino al 2016, in quanto a norma del Regolamento dei Fondi di Previdenza dell'Enpam, ai fini dell'accertamento del possesso dei requisiti contributivi sopra indicati, si tiene conto anche dei periodi non coincidenti maturati presso gli altri Fondi gestiti dall'Ente.

Il riscatto degli anni di laurea, invece, ti consentirebbe di anticipare l'età del pen-

sionamento in quanto con tale operazione matureresti il requisito contributivo nel giugno 2010 e, ai sensi della Legge 449/97 che prevede un differimento nell'erogazione della pensione rispetto alla data di raggiungimento di tutti i requisiti (c.d. "finestre di uscita"), potresti godere effettivamente del trattamento a partire dal 1° gennaio 2011.

Il costo dell'operazione e l'importo di pensione che percepiresti non può essere calcolato finché non sarà definita la ricongiunzione da te richiesta della posizione contributiva presente all'Inps presso il Fondo Ambulatoriali.

Ti faccio presente, infine, che il Fondo della Libera Professione - Quota "B" del Fondo Generale eroga esclusivamente pensioni di vecchiaia, pertanto dovrai attendere il compimento del 65° anno di età per poter godere del trattamento pensionistico.

Ti saluto cordialmente.

E. P.



PENSIONE: QUANDO E QUANTO?

Illustre Presidente, mi rivolgo a te per i seguenti motivi:

a) nel mese di gennaio ho compiuto i 65 anni di età e dal mese di febbraio ricevo regolarmente la pensione del Fondo Generale Quota A. Nella vostra nota mi si comu-

nica anche "Con nota separata, spedita per il tramite del servizio postel, Ella riceverà una più dettagliata descrizione delle voci che compongono il suo assegno di pensione". Tale descrizione non mi è mai pervenuta e ti prego pertanto di dare le opportune disposizioni per l'adempimento di quanto sopra.

b) L'ultima comunicazione riguardante l'accredito bancario si riferisce al mese di settembre.

c) Stanca di questa Sanità ho rassegnato le dimissioni dal SSN a partire da quest'anno.

d) La mia posizione contributiva è la seguente: anzianità di laurea anni 30; anzianità di iscrizione all'Ordine dei Medici di Milano anni 30; anni di contribuzione effettiva 26 e 8 mesi, più anni riscattati 6, più anni 3 e mesi 7 per effetto dell'Istituto della totalizzazione per gli anni lavorati nella Repubblica di Slovenia.

A tutto ora mi risultano versati contributi fino al mese di agosto 2004.

Vorrei sapere come mi verrà liquidata la pensione e a quanto ammonterà tenendo conto dello sfasamento fra gli anni dei contributi versati (2004) e la data effettiva della cessazione dal servizio.

Ti ringrazio per la cortesia.

Lettera firmata

Cara Collega,
ti informo innanzitutto di averti inviato una documentazione dove troverai un prospetto con i dettagli della pensione che ti è stata erogata in prima emissione nel maggio 2006, comprensiva degli arretrati a te spettanti dal precedente mese di febbraio.

Inoltre, sulla base della contribuzione maturata presso il Fondo dei medici di medicina generale e del riscatto degli

anni di laurea effettuato, a decorrere dal 2007 ed in aggiunta al rateo di cui già godi a carico del Fondo di Previdenza Generale avresti diritto ad un trattamento di vecchiaia lordo pari, mensilmente, a circa € 1.100,00.

Secondo quanto previsto dal regolamento del Fondo dei Medici di Medicina Generale, potresti scegliere di convertire in capitale il 15% del totale maturato a titolo di pensione, godendo, quindi, di una mensilità pari a circa € 960,00 lordi e ritirando, all'atto del pensionamento, l'importo una tantum di € 24.000,00 circa a titolo, appunto, di indennità in capitale.

Ti faccio presente che la totalizzazione dei periodi contributivi da te maturati per l'attività svolta in Slovenia non contribuisce alla determinazione degli importi sopra ipotizzati, per una duplice motivazione.

In primo luogo, il ricorso a tale istituto è utile esclusivamente al fine di aumentare l'anzianità contributiva necessaria al raggiungimento dei requisiti per il trattamento di quiescenza di anzianità (cioè prima del conseguimento dell'età pensionabile); nel tuo caso, avendo già compiuto i 65 anni di età, ti verrà erogata una pensione di vecchiaia.

Inoltre, la totalizzazione non opera sul trasferimento materiale dei contributi versati nei vari istituti previdenziali dell'Unione Europea, ma adiziona esclusivamente la temporalità contributiva non coincidente, maturata in uno Stato membro, a quella di altro Stato ove la contribuzione non sia autonomamente sufficiente per raggiungere i citati requisiti; il calcolo delle spettanze scaturenti viene poi effettuato pro quota da ciascuno Stato.

Mi corre l'obbligo, infine, di

precisarti 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.



HO COMPIUTO 62 ANNI

Caro presidente,
da qualche giorno ho compiuto i 62 anni, compirò quest'anno i 30 anni di laurea e, secondo i miei calcoli, alla fine del 2008 maturerò 35 anni di contribuzione, compresi gli anni di laurea riscattati a novembre.

Potrò andare in pensione il 1° dicembre 2008 ?

Optando per il trattamento misto, quanto presumibilmente sarà il 15% di indennità di capitale e quale sarà la pensione lorda mensile, considerando anche la maggiorazione derivante dalla ricongiunzione dei contributi (Legge 45/90)?

Vivissimi ringraziamenti e cordiali saluti

Lettera firmata

Caro Collega,
sulla posizione accesa a tuo nome presso il Fondo medici di medicina generale risultano accreditati contributi, a decorrere dal mese di dicembre 1979, per un importo pari ad € 161.598,18, sulla base dei quali gli uffici della Fondazione hanno provveduto a determinare la richiesta proiezione pensionistica.

Ti informo, al riguardo, che

considerando sia gli anni oggetto di riscatto che i periodi non coincidenti ricongiunti dall'Inps, il 1° gennaio 2008 avrai maturato 35 anni di anzianità contributiva presso il Fondo. Il raggiungimento dei 30 anni di anzianità di laurea, prescritti per il conseguimento del trattamento di quiescenza, avverrà invece il 28 settembre 2008; tuttavia, in applicazione della Legge 449/97, la decorrenza della pensione anticipata è stata fissata al 1° aprile 2009, prima finestra utile di uscita.

Ipotizzando, quindi, la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del S.S.N. alla suddetta data, percepirai un trattamento pensionistico, lordo mensile, quantificabile in circa € 3.000,00. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa € 67.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e una rendita pensionistica, lorda mensile, pari a circa € 2.500,00.

Devo precisarti, nel merito, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento gli importi indicati potrebbero subire variazioni. E' pertanto opportuno che tu proceda, prima della cessazione del rapporto in convenzione, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente alla erogazione della pensione, al fine di accertare sia la sussistenza del diritto che la misura della prestazione. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione.

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



Il celebre Gronchi Rosa, con i confini a nord del Perù accorciati

di Gian Piero Ventura

Proseguiamo i nostri brevi cenni storici sulla filatelia parlando, questa volta, di alcuni tra i più famosi francobolli della Repubblica: lo storico "Gronchi Rosa" e quelli più recenti creati per festeggiare i "diciottenni" italiani. Il celebre francobollo fu emesso nel 1961, durante i sette anni della presidenza di Giovanni Gronchi, in occasione della visita di stato in America Latina, ma la configurazione geografica del Perù, uno dei paesi visitati, fu clamorosamente errata e quindi alla fine risultò stampato con i confini pesantemente accorciati nell'area a nord. In gran fretta venne realizzata un'emissio-



Francobollo per i diciottenni del tipo a foglietto, non oblitterato e raro (versione rosa)

Una distrazione e... nasce la rarità

La curiosa vicenda del famoso "Gronchi Rosa" che si dovette ristampare per porre rimedio ad un clamoroso errore.

Il francobollo dedicato ai diciottenni

ne corretta (questa volta grigia e non rosa) ed i francobolli con l'errore furono subito ritirati, nonostante questo molti esemplari furono comunque venduti nelle prime ore della giornata (quasi 80mila) ed oggi possono valere, se in ottime condizioni, da poco più di 1.500 euro a circa 30mila!

Se questo è stato un clamoroso errore che ha portato ad una fama internazionale, ben diversa è la storia dei francobolli emessi l'anno scorso e dedicati ai diciottenni, ovvero a tutti quei cittadini italiani, maschi o femmine, che dal 1 gennaio al 31 dicembre 2006, abbiano raggiunto la maggiore età. In realtà, due francobolli sono stati normalmente resi disponibili per la vendita al pubblico ma, ecco la particolarità, altri due francobolli, simili ma... diversi (che in filatelia vuol dire un'enormità) sono stati gratuitamente offerti a chi, avendo compiuto 18 anni nel 2006, ne abbia fatto esplicita richiesta e sia andato personalmente (salvo procura notarile...!!) a ritirarli negli uffici postali e nei giorni prestabiliti.

Infatti i 3 milioni e 600 mila esemplari emessi, nelle varianti di colore rosa e ce-

leste, sono stati stampati in due versioni: 3 milioni con preoblitterazione e altri 600 mila in edizione speciale, racchiusi in un apposito foglietto e senza preoblitterazione.

L'intento dichiarato da Poste Italiane era quello di regalare un francobollo particolare a potenziali giovani collezionisti, sapendo che avrebbe acquistato un certo valore nel tempo; ma in realtà è andata un po' diversamente alimentando la fame dei collezionisti che, pur di avere i due fatidici francobolli "diversi", hanno fatto sbalzare in alto il loro valore, addirittura al momento non ancora ben chiaro. Questo perché si attende di sapere quanti siano i festeggiati negli ultimi giorni dell'anno che ne abbiano fatto richiesta (ci sono 60 giorni disponibili), dopodiché tutti i restanti francobolli non ritirati verranno mandati al macero per decreto ministeriale. Ecco quindi che l'oggettiva difficile fruibilità dell'emissione "incriminata" crea un valore filatelico in costante aumento che probabilmente supererà anche il vecchio e glorioso Gronchi Rosa.

Segnaliamo infine diverse mostre mercato che si ter-



Francobollo per i diciottenni, preoblitterato, facile a trovarsi (versione celeste)

ranno nel mese di aprile: dal 13 al 15 aprile sia a Selvazano (Padova), presso il Palazzetto dello Sport in via Euganea n. 52, sia a Montecatini Terme, presso lo stabilimento termale Tettuccio; invece il 21 e il 22 a Bari presso la Fiera del Levante, a Civitanova Marche nel Palazzo delle Esposizioni in Lungomare Mar. llo Piermarini ed a Lucca presso il Centro Monumentale S. Michele; infine il 28 e 29 a Terni presso l'Istituto "Casagrande" in Piazzale Bosco n.3 e solo domenica 29 a Roma nelle sale dell'Hotel Palatino in via Cavour 213/M. Oltre, naturalmente, alla filatelia molte volte le aree di interesse trattate saranno anche su numismatica, cartolinafilia e altro. •



A cura
dell'Avv. Pasquale Dui (*)

La dottrina oggi più apprezzata ritiene che l'attività medica sia autolegittimante: pur rientrando tra le attività rischiose, è attività di utilità sociale e trova in sé ragione legittimante.

L'attività in équipe è perciò da inquadrare nell'ambito del concorso di attività giuridicamente autorizzate di più soggetti con obblighi divisi di diligenza. In una recente pronuncia (Cass., Sez. IV, 26.05.2004 n. 199), divenuta tristemente famosa in quanto i componenti dell'équipe avevano dimenticato una pinza nelle anse intestinali del paziente, la Corte di Cassazione ha affermato che la cooperazione colposa deriva dal fatto che "tutti avevano omesso autonomamente il doveroso controllo reciproco sull'uso e sulla asportazione della

**Conoscere
e valutare
l'attività
precedente
o contestuale**

Lavoro in équipe e responsabilità dei medici

Nel caso in cui fattori umani e materiali diversi abbiano avuto incidenza nella produzione di un evento, tutti vanno considerati causa dell'evento medesimo



pinza di Kelly, nella reciproca consapevolezza di contribuire alla negligenza altrui che è sfociata nell'abbandono dello strumento chirurgico all'interno dell'addome del paziente e, poi, nella produzione dell'evento lesivo non voluto ma prevedibile".

La Corte di Cassazione ha di recente confermato il principio in base al quale, nel caso in cui fattori umani e materiali diversi abbiano avuto incidenza nella produzione di un evento, tutti vanno, nel loro insieme e ciascuno per sé, considerati causa dell'evento medesimo, come se ne fossero causa esclusiva, con la conseguenza che ognuno di essi e tutti costituiscono fattori causali pieni, senza che sia possibile il

frazionamento o la divisione delle causalità e, quindi, della responsabilità che va attribuita a tutti ed a ciascuno di coloro che hanno posto in essere le rispettive condotte concorrenti o cooperanti. Nella fattispecie, relativa alla complessa procedura del trapianto di organi, ogni sanitario non potrà esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da un altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza ponendo, se del caso, rimedio – ovvero facendo in modo che si ponga opportunamente rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali e, come tali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni cono-

scienze scientifiche del professionista medio.

Ulteriore problema, che si compenetra al primo precedentemente proposto, è rappresentato dall'individuazione, più o meno rigorosa, di un capo dell'équipe, che abbia il compito di sovrintendere e coordinare il lavoro degli altri specialisti.

La giurisprudenza riconosce in capo al primario di un reparto una specifica posizione di garanzia nei confronti dei suoi pazienti alla quale non può sottrarsi adducendo che ai reparti sono assegnati altri medici o che il suo intervento è dovuto solo nei casi di particolare difficoltà o complicità.

La Corte di Cassazione afferma che capo dell'équipe, in occasione di un intervento è il chirurgo, i cui poteri direttivi e di coordinamento riguardano anche l'attività dell'anestesista. Il caso riguardava l'esito di un procedimento che vedeva un anestesista ed un chirurgo imputati di omicidio colposo a danno di una bambina di sei anni il cui decesso era riconducibile a problemi respiratori insorti in fase di risveglio. •

(*) del Foro di Milano

ORGANI COLLEGIALI

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Prof. Eolo PARODI (Presidente)
Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente
Vicario)
Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice
Presidente)
CONSIGLIERI: Dr. Alberto OLIVETI
· Dr. Giuseppe GRECO · Dr. Nunzio ROMEO · Dr. Arcangelo LACAGNINA · Prof. Marco PERELLI ERCOLINI · Dr. Gerardo D'URZO · Dr. Eliano MARIOTTI · Dr. Gian Mario SANTAMARIA · Dr. Bruno DI LASCIO · Dr. Francesco LOSURDO · Prof. Aurelio GRASSO · Dr. Giuseppe DEL BARONE · Dr. Benito MELEDANDRI · Dr. Paolo ORIANA · Dr. Antonio SILI SCAVALLI · Dr. Mario CARLETTI · Dr. Giovanni DE SIMONE · Prof. Maurizio DALLOCCIO · Geom. Carlo SFRISI · Dr. Luigi PEPE · Dr. Alfonso CELENZA · Prof. Salvatore SCIACCHITANO · Dr. Giuseppe GUARNIERI.

COMITATO ESECUTIVO

Prof. Eolo PARODI (Presidente)
Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente
Vicario)
Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice
Presidente)
CONSIGLIERI: Dr. Giuseppe DEL BARONE · Dr. Arcangelo LACAGNINA · Dr. Benito MELEDANDRI · Dr. Alberto OLIVETI · Dr. Paolo ORIANA.

COLLEGIO SINDACALE

Dr. Ugo Venanzio GASPARI (Presidente)
Dr.ssa Antonella DI MODUGNO (Presidente Supplente)
SINDACI: Dr. Vittorio CERRACCHIO · Dr. Francesco VINCI · Dr. Francesco NOCE · Dr.ssa Caterina PIZZUTELLI · Dr.ssa Anna Maria PAGLIONE · Dr. Bruno DI IORIO · Dr. Giancarlo MARIANGELI · Dr. Marco GIONCADA.

Federspev per tutti

Su "Azione Sanitaria", il giornale della Federspev, la Federazione sanitari pensionati e vedove, è stata pubblicata un'informativa a firma del presidente Eumenio Miscetti che, per sommi capi e per spirito di collaborazione, volentieri riportiamo

Gentile signora e caro collega,

a nome della grande famiglia dei pensionati sanitari, associati nella Federspev (siamo oltre 16mila tra medici e coniugi superstiti), mi permetto di segnalare alla tua attenzione l'attività della nostra Associazione, nella speranza che anche tu voglia farne parte.

La Federspev segue tutte le problematiche relative alle pensioni Inpdap, Enpam e Inps (pensioni d'annata, perequazione automatica, doppia indennità integrativa speciale, reversibilità al coniuge superstite, ecc.); svolge consulenza previdenziale, fiscale e legale per gli iscritti; pubblica ed invia gratuitamente un giornale mensile, "Azione Sanitaria", contenente tutte le informazioni necessarie al pensionato; svolge iniziative nel campo culturale e dello svago (viaggi, visite a monumenti, ecc.); aiuta nei casi di assoluto bisogno gli iscritti che si trovano in difficoltà. L'adesione alla Federspev costa soltanto 3 € al mese per i pensionati titolari e 2 € al mese per le vedove dei sanitari.

La trattenuta sarà effettuata sulla pensione Enpam.

Un caro saluto a tutti

Eumenio Miscetti

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

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

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

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

OTTIMIZZAZIONE

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

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermoniti

email: studio.sermoniti@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

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

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513 - Fax 06 48294260/793
email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

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

Foto: Archivio ENPAM - ablestock.com

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche
41100 Modena (MO) - v. Gran Bretagna, 50
tel: 059 312500 - fax: 059 312252
email: centralino@coptip.it

MENSILE - ANNO IX - N. 3 DEL 23/03/2007
**Di questo numero sono
state tirate 420mila copie**



Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

06.4829.4829

06.4829.4444 (fax)

e-mail: sat@enpam.it



Al servizio degli iscritti