

ENPAM

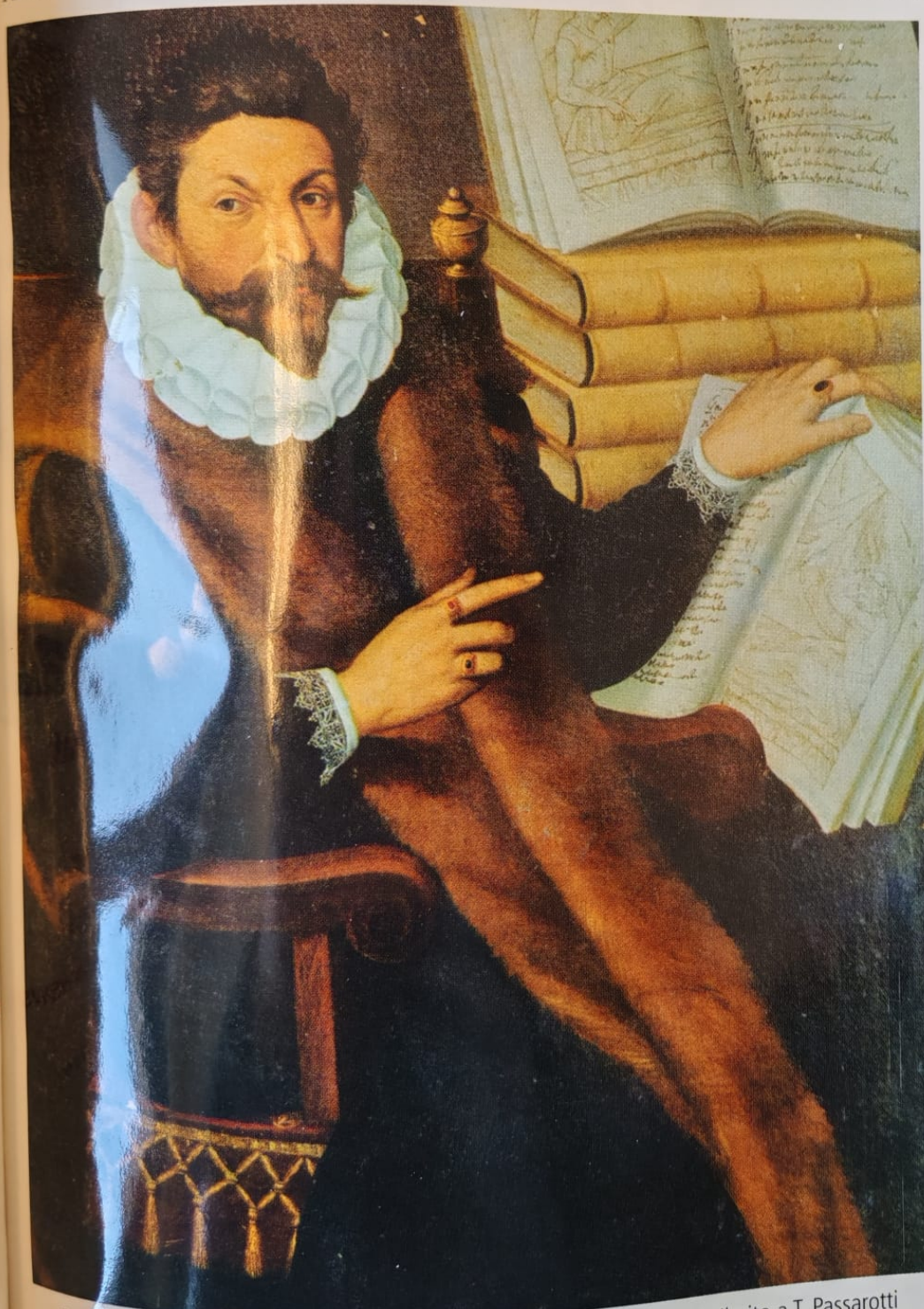
IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

Anno VII - n° 5-2005

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

Fondato da Eolo Parodi



**PREVIDENZA
IMPONIBILE
E CONCORDATO
PREVENTIVO**

p. **6**

**SANITÀ
LIBRO NERO
DELLE COMPAGNIE
DI ASSICURAZIONE**

p. **18**

**ASSICURAZIONE
POLIZZA ENPAM
IL MODULO
DI ADESIONE**

p. **28**

**NUOVE LEVE
GIOVANI
E SALUTE:
PARLIAMONE**

p. **43**

Gaspare Tagliacozzi insigne maestro della chirurgia plastica - Ritratto attribuito a T. Passarotti

L'INDISCRETO



< Pubblicità >

Numero 5/2005

IL GIORNALE DELLA **Previdenza**

dei Medici e degli Odontoiatri

Se ci vuoi leggere su Internet
clicca su

www.enpam.it

in questo numero

5	L'Editoriale
6-7	Imponibile e concordato preventivo
8-9	Enpam: analisi e strategie
10-11-76	A proposito di Odontoiatri
12-13	Viaggi e vaccini
14-15-16	Tabagismo e risarcibilità
18-19-20	Sanità e compagnie di assicurazione
21	Parodi-Magi e la realtà lombarda
24	In-Ricerca
26-27	Dottoresse di Guardia medica
28-29-30	Polizza Sanitaria
31	La professione in numeri
32-33	L'acqua e due popoli in guerra
34	Solidarietà odontoiatrica nel mondo
35	Notizie
36	Il medico ed il popolo ebraico: la storia
37	La chiesa di Santa Susanna
38	Mostre ed esposizioni in Italia
43-44-45	Giovani: il rapporto con il corpo
46-47	Vita degli Ordini
48-49	Viaggi: musei a New York
50-51	Sport e Medicina
52-61	Congressi, convegni, corsi
62-63	Recensioni libri
64	Medici italiani in Gran Bretagna
65	Indagine: la Sanità in UE
66	Accadde a...
67	Notizie
68	Finanza etica
69	Letteratura scientifica
70	Cinema: Vincenzo Salemme
71	Musica: il Blues compie cento anni
72	I fiori
74-75	Lettere al Presidente
78	L'Avvocato
79	Spulciando qua e là
80	Le nuove Consulte

SOMMARIO



In copertina il ritratto di Gaspare Tagliacozzi (1546-1599) professore di medicina a Bologna, il quale, grazie alle sue superiori cognizioni di anatomia, migliorò la chirurgia plastica già praticata nel '400 in Sicilia dai componenti la famiglia Branca e in Calabria da quelli delle famiglie Vianeo di Maida e Boiano di Tropea. Ma mentre quelle famiglie consideravano la rinoplastica come un loro segreto, Tagliacozzi diede ampia pubblicità alla propria tecnica consistente nel restaurare il naso con un lembo di pelle tolto dal braccio della stessa persona. Il chirurgo bolognese fu avversato dalle autorità ecclesiastiche che lo accusarono di empietà e di voler sostituirsi a Dio, creatore di tutte le cose. La rinoplastica fu vietata. Stupenda la sua "Chirurgia curtorum per insitionem".

< Pubblicità >



ALLE URNE

Nel momento in cui riceverete questo numero de Il Giornale della Previdenza, s'inizieranno le operazioni per il rinnovo di tutti gli Organi collegiali dell'Enpam che termineranno, con il voto, nel pomeriggio del 26 giugno.

Ritengo che sia un momento importante perché segna la fine di un'epoca storicamente difficile, travagliata, però di risanamento, di seria presenza e di conoscenza, che ha costretto la squadra che ho avuto l'onore di presiedere e l'intera struttura dell'Ente, a un duro lavoro di ricostruzione che ci ha portato a poter competere con qualsiasi azienda. Il mio riconoscimento va inoltre, incondizionatamente, alle Consulte, agli Ordini provinciali e ai sindacati dei medici e degli odontoiatri che hanno collaborato lealmente con noi. Nonostante ci sia ancora chi cerca di infangare ciò che facciamo; nonostante ci siano colleghi che si aspettano da noi "miracoli" pretendendo l'impossibile, oggi riteniamo di consegnare, a chi verrà, un Ente che può salvaguardare, con una "speranza di vita" di quarant'anni, le pensioni di tutti gli iscritti ed è, innanzitutto, in grado di costruire la Previdenza futura dei nostri giovani.

L'Enpam è "pulito", ha bilanci tali da impedire manovre pesanti; funziona e funzionerà per essere sempre al servizio di tutti i medici e di tutti gli odontoiatri.

Perciò, dalle urne, comincerà la vita di un nuovo Ente che, ci auguriamo, riuscirà non soltanto ad accontentare gli iscritti, ma si renderà sempre più credibile. Questo è il nostro motivo di orgoglio che ci permette di guardare negli occhi chiunque, consci come siamo, di aver fatto molto di più del nostro dovere.

Chi ha sofferto con me questi lunghi anni, certamente non la otterrà, ma meriterebbe la riconoscenza di tutti i colleghi.

Iniziative per disciplinarne gli effetti

IMPONIBILE PREVIDENZIALE E CONCORDATO PREVENTIVO

È stato introdotto in forma sperimentale per i soggetti titolari di reddito di impresa e per gli esercenti arti e professioni. Riconosciuta la facoltà di opzione

di Ernesto Del Sordo (*)

L'articolo 33 del Decreto Legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dall'art. 1 della Legge 24 novembre 2003, n. 326, ha introdotto in forma sperimentale, per i soggetti titolari di reddito di impresa e per gli esercenti arti e professioni, il concordato fiscale preventivo in relazione al periodo di imposta in corso al 1° gennaio 2003 ed a quello successivo.

**L'adesione
consente
al contribuente
di fruire
anche della
tassazione
agevolata**

L'adesione a tale istituto consente al contribuente di fruire di alcuni benefici, quali la tassazione agevolata di una parte del reddito d'impresa o di lavoro autonomo, la limitazione dei poteri di accertamento, nonché la sospensione temporanea dell'obbligo di emissione di scon-

trini e ricevute fiscali. A fronte di tali agevolazioni, il contribuente si impegna a dichiarare determinati livelli di reddito e di ricavi o compensi, incrementando di una percentuale prestabilita i corrispondenti importi riferiti all'anno 2001.

Per quanto riguarda i profili previdenziali del concordato, il comma 7, del citato articolo 33, testualmente dispone: *"Sul reddito che eccede quello minimo determinato secondo le modalità di cui al comma 4 non sono dovuti contributi previdenziali per la parte eccedente il minimale reddituale; se il contribuente intende versare comunque i contributi gli stessi sono commisurati sulla parte eccedente il minimale"*.

Tale norma, pertanto, riconosce al professionista una facoltà di opzione in merito alla determinazione dell'imponibile da assoggettare a prelievo contributivo. L'iscritto, infatti, può commisurare il contributo dovuto al solo reddito minimo concordato ovvero assoggettare volontariamente a contribuzione anche la parte eccedente tale minimo. Per il periodo di imposta relativo all'anno 2003, in assenza di specifiche determinazioni dell'Ente e tenuto conto del carattere transitorio della normativa in parola, gli Uffici hanno recepito le dichiarazioni degli iscritti, ai fini del calcolo del contri-

buto "Quota B", così come dagli stessi prodotte e, quindi, sia se riferite al minimo reddituale concordato ovvero al maggior reddito effettivamente percepito. Tale impostazione è stata adottata anche da altri Enti previdenziali privatizzati, quale ad esempio la Cassa Forense.

Altre Casse, al contrario, ritenendo la suddetta disciplina in contrasto con l'autonomia riconosciuta agli Enti previdenziali privatizzati dall'articolo 2, comma 1, del D.Lgs. 30 giugno 1994, n. 509, hanno deciso di disapplicare la previsione di cui al citato comma 7. La CNPADC (Dottori commercialisti) e la CNPAGLP (Geometri liberi professionisti), ad esempio, hanno stabilito di assoggettare a contribuzione il reddito professionale effettivamente prodotto e non il reddito concordato.

L'AdEPP, con un comunicato del 9 settembre 2004, ha chiesto che l'attribuzione alle Casse privatizzate dell'autonoma responsabilità della gestione previdenziale non sia turbata, con particolare riferimento al concordato, da provvedimenti estranei all'ambito previdenziale.

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, sollecitato ad esprimere un parere sulla questione, con nota del 12 novembre 2004, prot. n.9/PP/81424, ha riconosciuto che la legislazione speciale previdenziale di

referimento per le Casse privatizzate ai sensi del D.Lgs. 509/1994 è fonte primaria rispetto alle legislazioni fiscali per gli effetti che queste possono produrre in materia contributiva. Tale legislazione, infatti, ha come primario obiettivo quello di regolare la materia fiscale e non la materia previdenziale, soprattutto quando questa è volutamente sottratta dal legislatore alle variazioni non coordinate, non esplicite e contrarie alla autonoma gestione che

nalizzano per gli anni a venire i benefici previsti dal D.L. 269/2003 esclusivamente per i periodi di imposta 2003/2004, stabiliscono che *“è esclusa l'applicazione dei contributi previdenziali per la parte di reddito dichiarato che eccede quello pianificato fatto salvo il minimale reddituale previsto ai fini contributivi; restano salve le prerogative delle Casse autonome nonché la facoltà di effettuare i versamenti su base volontaria”* (comma 393, lettera c.).

Per quanto sopra il Consiglio di Amministrazione con delibera n° 21/2005 del 22 aprile u.s. ha adottato la seguente disciplina della materia.

Per quanto riguarda i redditi prodotti nell'anno 2004 (Modello D 2005), per il contribuente che ha aderito al concordato fiscale biennale, tenuto conto della natura transitoria del D.L. 269/2003, recependo la disciplina prevista da tale decreto, si consente all'iscritto – con-

formemente a quanto avvenuto in relazione ai redditi 2003 – di scegliere se commisurare il contributo al solo reddito minimo concordato ovvero a quello effettivamente prodotto.

Per quanto attiene ai successivi periodi di imposta, tenuto conto che, a regime, la Pianificazione fiscale concordata – in assenza di apposita determinazione dell'Ente – avrebbe potuto comportare una sensibile riduzione dell'imponibile previdenziale su cui calcolare la contribuzione alla “Quota B” del Fondo Generale, si è deliberato, al fine di non affievolire la tutela previdenziale degli iscritti e di garantire alla gestione, anche per il futuro, un adeguato gettito contributivo, che l'iscritto è tenuto a dichiarare, ai fini del contributo in parola, il reddito professionale effettivamente prodotto e non il reddito pianificato. ■

(*) Vice Direttore
Generale Enpam

Sospensione temporanea dell'obbligo di emissione di scontrini e ricevute fiscali

deve essere garante di equilibrio di lungo periodo.

E' emersa, pertanto, la necessità di un definitivo chiarimento circa le modalità applicative del D.L. 269/2003, per quanto attiene alle implicazioni previdenziali connesse all'adesione al concordato preventivo e, quindi, alla determinazione dei contributi dovuti al Fondo della Libera Professione – Quota B del Fondo Generale.

L'adozione di una linea operativa dell'Ente in materia di concordato, inoltre, è stata resa ancor più urgente e necessaria dalla recente introduzione della *Pianificazione fiscale concordata* (PFC), disciplinata all'articolo 1, commi 387-398, della Finanziaria 2005.

Tali disposizioni, che istituzio-



Problemi vecchi e nuovi che fanno riflettere

L'Enpam di domani: analisi e strategie

Valutando positivamente gli ultimi dati di bilancio non possiamo nascondere qualche preoccupazione legata all'equilibrio economico della professione. L'aumento costante dei pensionati richiede attente valutazioni

di Alberto Oliveti (*)

Valutando gli ultimi dati consolidati di bilancio, possiamo definire attualmente positiva la situazione della Fondazione ENPAM perché:

1. assistiamo all'ennesimo record positivo dell'ormai consueto avanzo di gestione annuale - e sono dieci di seguito!;
2. possediamo un patrimonio sempre più cospicuo ed ora più diversificato e redditizio che in passato, che ci permette di essere uno dei primi dieci investitori istituzionali del panorama nazionale, che indubbiamente rappresenta una crescita del nostro potere "contrattuale";
3. la situazione economico finanziaria dei Fondi risulta in linea con i rigorosi criteri di garanzia stabiliti dalla legge e dai ministeri vigilanti.

Onore al merito quindi all'attuale gestione, chiamata ad affrontare la difficile scommessa di rimettere in sesto un Ente screditato da scandali immobiliari ed inficiato nei suoi equilibri prospettici dall'eccessiva prodigalità delle sue prestazioni, rimaste a carico debitorio degli attuali contribuenti attivi.

Ciononostante, dobbiamo mantenere l'attenzione sull'equilibrio futuro della Fondazione dato che, in un sistema che si regge sul "patto" tra generazioni, non appaiono in prospettiva favorevoli sia la situazione economica della professione che risente di quella generale del Paese che la particolare demografia della categoria sanitaria -

sempre più pensionati! - dato che stiamo aumentando l'aspettativa di vita, ma sempre più tardi iniziamo a contribuire e non intendiamo ritardare proporzionalmente l'età del pensionamento.

Per il Fondo dei medici di medicina generale poi l'importante esodo che si avrà nel decennio successivo al 2015 - la cosiddetta gobba - sicuramente produrrà in negativo effetti significativi sull'equilibrio della gestione, per cui abbiamo già iniziato gli opportuni interventi di riequilibrio, che certo aumenteranno la divaricazione già esistente tra l'entità del trattamento percepito dagli attuali pensionati e quello che percepiranno i futuri.

In sintesi, la situazione attuale è tranquilla, ma si intravedono problemi futuri di sostenibilità, che si proiettano inevitabilmente sull'adeguatezza delle pensioni e sull'assetto solidaristico del sistema.

COSA FARE?

Per la sostenibilità futura del sistema, le soluzioni appaiono obbligate: o si aumenta l'entità della contribuzione, ovvero l'arco temporale della stessa, o si tagliano le prestazioni. Dovremo farlo con equilibrio, visione solidale e senso politico, dato che il progetto istituzionale della Fondazione ENPAM resta sempre quello di garantire a tutti gli iscritti il massimo di pensione sostenibile dal sistema ed assistenza in caso di necessità. Nel contempo il patrimonio va fatto rendere di più, sempre però mantenendo la potenzialità

di essere collocabile sui mercati in caso di necessità di cassa. Va aumentata la sua consistenza magari perseguendo una maggior accumulazione patrimoniale o aumentando la componente di capitalizzazione del sistema, al fine di compensare squilibri demografici o professionali ad incidenza negativa per l'equilibrio prospettico dei Fondi. L'obiettivo ideale sarebbe quello di accumulare capitali sufficienti a coprire le prestazioni per l'intero arco generazionale degli attivi contribuenti ai Fondi.

Nel frattempo, però, va promossa nei colleghi la cultura dell'integrazione tempestiva, basata su una corretta analisi dei bisogni, che va supportata culturalmente e praticamente, curando nello stesso tempo, grazie al potere "contrattuale" della Fondazione, una maggior offerta di opportunità vantaggiose e specifiche per la categoria. Per esempio, il riscatto di laurea o ancor più di allineamento, è già un modo di aumentarsi per proprio conto la pensione senza attendere aumenti obbligatori legati ai rinnovi convenzionali. Dovremo sicuramente farci parte in causa nella previdenza complementare ed integrativa, ora che per legge la Fondazione può istituire tali forme di previdenza.

In ogni caso a proposito dei rinnovi convenzionali, unico momento di possibile intervento sul versante contributivo, riterrei utile la consulenza puntuale della Fondazione al momento della loro definizione, al fine di evi-

tare poi faticose azioni di recupero.

Ritengo fondamentale perseguire non solo la tutela del periodo post lavorativo, ma anche di quello lavorativo, per incrementare e mantenere la capacità di produrre reddito con gli annessi contributi previdenziali: potrebbero essere opportunamente studiate ed impostate politiche di facilitazione all'inserimento professionale, da un lato (mutui agevolati, prestiti d'onore, borse di studio etc.), e tutele di tipo assicurativo risarcitorio o sanitario riabilitativo in caso di riduzione di tal capacità di produrre reddito, dall'altro.

La categoria dovrebbe esercitare una doverosa pressione sulle politiche governative in tema di fiscalità sulla previdenza, stante il fatto che oltre a regolarmente tassare le prestazioni in-

vece dei contributi in nome della finalità pubblica dell'accantonamento previdenziale, il Fisco interviene con una notevole tassazione anche nella fase collettiva della accumulazione e capitalizzazione dei contributi versati, riducendone la redditività finale e quindi, indirettamente, condizionando l'entità delle prestazioni.

L'invecchiamento generale della popolazione sicuramente produrrà un maggior uso e consumo di tutto quello che è collegabile alla Sanità: appare vitale che ogni prestazione sanitaria produca contributi previdenziali, per cui, oltre al fondamentale mantenimento dell'obbligo contributivo per tutti gli iscritti agli Ordini, una particolare attenzione va posta all'abusivismo, all'evasione, alle deviazioni sul sociale e dalle forme di esercizio profes-

sionale che eludano la contribuzione individuale.

In ogni caso, appare opportuna la rappresentanza delle categorie nei vari momenti della vita della Fondazione: presenza, confronto ed attività propositiva.

Per questo ritengo fondamentale il ruolo delle consulte dei Fondi Speciali, che esercitano una funzione attiva di studio, analisi e proposta sulla previdenza e a tal fine, quindi, siano coinvolte nella progettazione delle strategie future dell'ENPAM.

Infine, riterrei importante l'istituzione di un idoneo percorso formativo specifico sulle questioni previdenziali e gestionali per i consiglieri che, a vario titolo, nella Fondazione rappresentano gli interessi della categoria. ■

(*) *Consigliere di amministrazione Enpam*





Fondazione

REVISIONE NELL'INTERESSE

Sanate le posizioni contributive, dei laureati in odontoiatria presso il nostro Ente deve assicurare la copertura assicurativa di tutti

Com'è noto l'iscrizione alla Fondazione E.N.P.A.M. dei laureati in Odontoiatria è stata statutariamente prevista dal 1° gennaio 1995. Prima di tale data, detti professionisti, ancorché iscritti agli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in forza della legge 24 luglio 1985, n. 409, istitutiva della professione di Odontoiatra, non erano provvisti di tutela previdenziale E.N.P.A.M..

A seguito dell'entrata in vigore della suddetta legge, le Aziende del S.S.N. cominciarono a stipulare, con i laureati in Odontoiatria, convenzioni analoghe a quelle in essere con i medici specialisti ambulatoriali e con i medici specialisti esterni.

Tali convenzioni erano regolate dagli Accordi Collettivi Nazionali che, tuttavia, si riferivano esclusivamente ai medici chirurghi. Le AA.SS.LL., peraltro, hanno applicato estensivamente le norme relative alla copertura previdenziale obbligatoria, versando all'E.N.P.A.M. i contributi anche per l'attività svolta in convenzione dai laureati in Odontoiatria.

Per quanto riguarda il Fondo degli Specialisti Ambulatoriali, occorre sottolineare come l'Accordo Collettivo approvato con D.P.R. 28 settembre 1990, n. 316, non menzionava i laureati in Odontoiatria. Questa categoria è stata ricompresa nell'ac-

cordo approvato con D.P.R. 29 luglio 1996, n. 500, laddove la norma finale n. 13 recita: "Le parti convengono che la dizione "medico specialista" contenuta nel presente accordo si riferisce anche ai laureati in odontoiatria, titolari di incarico". Tali professionisti risultano infine fra i destinatari diretti dell'Accordo Collettivo nazionale, approvato con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 271.

Con riferimento al Fondo degli Specialisti Esterni / accreditati, data la modifica del quadro normativo introdotta dall'art. 8 del D. Lgs. 502/92, gli ultimi Accordi collettivi cui fare riferimento sono il D.P.R. 23 marzo 1988, n. 119 (per i professionisti della cosiddetta branca a visita) ed il D.P.R. 23 marzo 1988, n. 120 (per i professionisti della cosiddetta branca a prestazione). Anche in tali Accordi i laureati in Odontoiatria non erano menzionati fra i destinatari; tuttavia, nel D.P.R. 119/88 si trova la Dichiarazione a verbale n. 2 che testualmente prevede: "La parte pubblica e la Federazione degli Ordini dei Medici sono impegnate ad esaminare e possibilmente definire entro tre mesi dalla pubblicazione dell'accordo il problema della contribuzione previdenziale degli odontoiatri".

La duplice circostanza che fino al 1995 i laureati in Odontoiatria, ancorché iscritti agli Albi

provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri, non fossero iscritti all'E.N.P.A.M. e non fossero destinatari di Accordi Collettivi, indusse l'Ente, con circolare del 9 gennaio 1996, a mettere a disposizione delle Aziende versanti i contributi riferiti a periodi anteriori al 1° gennaio 1995. Non tutte le AA.SS.LL., tuttavia, hanno provveduto a chiedere la restituzione di quanto versato. La maggior parte di esse, al contrario, su pressante richiesta dei professionisti – interessati alla costituzione di una posizione previdenziale sin dall'inizio dell'attività svolta per conto del SSN – non ha trasmesso all'Ente alcuna comunicazione in proposito.

L'interesse, da parte dei laureati in Odontoiatria, al consolidamento delle posizioni contributive nelle more costitutesi in assenza di un chiaro supporto normativo, si è, peraltro, progressivamente incrementato, sfociando anche in azioni giudiziarie nei confronti dell'Ente e delle AA.SS.LL..

A questo proposito, si segnala la vertenza instaurata dalla Dott.ssa Rita Raspanti di Bologna avverso l'Enpam e la A.S.L. n. 16 di Modena. Tale struttura, aderendo alla circolare dell'Ente più sopra richiamata, aveva richiesto ed ottenuto la restituzione dei contributi già versati in favore di laureati in

Enpam e Odontoiatri

SOSTANZIALE DEGLI ISCRITTI

antecedenti al primo gennaio 1995,
Fondo specialisti ambulatoriali. Il
tutela previdenziale e quindi la
i professionisti convenzionati

Odontoiatria convenzionati, per l'attività prestata anteriormente al 1° gennaio 1995. La Dott.ssa Raspanti, quale direttrice interessata, ha intimato alla A.S.L. di procedere al riaccreditamento dei contributi sulla propria posizione previdenziale e, al rifiuto dell'Azienda, ha adito le vie legali. Risultata soccombente in primo grado, ha proposto appello, e la sua istanza, in secondo grado, è stata pienamente accolta dall'Autorità Giudiziaria.

Da quanto sopra esposto si può rilevare come la posizione assunta dalla Fondazione ENPAM sul problema, pur risultando ineccepibile sotto il profilo strettamente formale, doveva essere oggetto – nell'interesse degli stessi iscritti – di una revisione, che tenesse conto di alcune valutazioni sostanziali.

I laureati in Odontoiatria, pur non essendo esplicitamente contemplati negli Accordi Collettivi Nazionali di categoria, hanno stipulato con il Servizio Sanitario Nazionale contratti convenzionali individuali, in aderenza ai citati Accordi. Essi, pertanto, possono comunque considerarsi destinatari della generale tutela previdenziale prevista dall'art. 48 della legge 833/78, che affida all'Enpam la copertura assicurativa di tutti i professionisti convenzionati.

Quanto sopra è, altresì, confermato dal dettato della legge 24

luglio 1985, n. 409, istitutiva della professione di odontoiatra, che, di fatto, equipara tale professione a quella di medico chirurgo, istituendo presso ogni Albo provinciale dei medici, un separato Albo per gli odontoiatri.

Nel caso di specie assume inoltre rilievo il disposto di cui all'art. 38, comma 2 della Costituzione, in tema di tutela previdenziale dei lavoratori, che si coordina con l'art. 21 del D.Lgs.C.P.S. n. 233/1946, in base al quale l'iscrizione in Albi professionali è costitutiva dell'obbligo di iscrizione alla gestione previdenziale di categoria.

Va, infine, evidenziato che il decorso del tempo ha ulteriormente consolidato le posizioni contributive degli odontoiatri: gli importi corrisposti dalle AA.SS.LL. a titolo di contributi previdenziali – ancorché ritenuti indebiti – non possono essere più oggetto di ripetizione, essendo nelle more trascorso il termine prescrizione di dieci anni.

Sulla base di tali presupposti, tenuto conto che i laureati in Odontoiatria hanno maturato una legittima aspettativa a vedersi riconosciuta la propria posizione previdenziale sin dall'inizio dell'esercizio dell'attività in convenzione, il Consiglio di Amministrazione della Fondazione con delibera n° 20/2005 del 22

aprile u.s. ha disposto di considerare validi a tutti gli effetti gli importi, non restituiti, versati dalle AA.SS.LL. al Fondo Specialisti Ambulatoriali e al Fondo Specialisti Esterni in favore di laureati in Odontoiatria, per attività convenzionale svolta anteriormente al 1° gennaio 1995. In tali casi, pertanto, l'iscrizione dei laureati in Odontoiatria ai suddetti Fondi decorrerà dall'inizio dell'attività svolta in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale coperta da versamenti contributivi non oggetto di restituzione e, quindi, nell'anzianità contributiva degli interessati saranno computati tutti i periodi per i quali sono stati effettuati versamenti a titolo di contribuzione previdenziale. Nei casi in cui gli importi versati dalle AA.SS.LL. siano stati, invece, oggetto di restituzione, i professionisti interessati potranno procedere a riscattare i relativi periodi di attività utilizzando l'istituto del riscatto precontributivo. Tale strumento previsto dall'art. 3, comma 1, del Regolamento del Fondo Specialisti Ambulatoriali e del Fondo Specialisti Esterni consente, infatti, di riscattare i periodi di attività "per i quali non vi è stata contribuzione previdenziale al Fondo o, comunque, non vi è stato accredito di contributi a favore degli iscritti".

(segue a pag. 76)



Infezioni e malattie trasmesse per via alimentare

Nuovo vaccino per i viaggiatori

di Walter Pasini (*)

È possibile difendersi in Paesi tropicali e sub tropicali contro il colera e la diarrea. Attenzione all'epatite A e alla febbre tifoidea. I farmaci da mettere in valigia

Le infezioni e le malattie trasmesse per via alimentare rappresentano la percentuale maggiore della patologia contratta dai viaggiatori che si rechino in paesi tropicali e subtropicali. Statistiche recenti indicano che la diarrea del viaggiatore colpisce dal 30 all'80% dei viaggiatori, mentre malattie come l'epatite A, la febbre tifoide ed il colera possono rappresentare un rischio rilevante anche in coloro che frequentano hotel e ristoranti lussuosi.

La principale misura di prevenzione è rappresentata dalla scelta rigorosa degli alimenti e delle bevande. Ai viaggiatori viene raccomandato soprattutto di evitare la carne o il pesce crudo, la frutta e la verdura a meno di non poterla pelare o sbucciare personalmente, il ghiaccio che non venga prodotto da acqua potabile, le creme, la maionese ed i gelati.

Indagini epidemiologiche hanno però dimostrato che anche i viaggiatori più accorti commettono da uno a più errori alimentari che possono provocare infezioni e malattie. Per questa ragione ai viaggiatori internazionali che si rechino in paesi a rischio vengono raccomandati vaccini come quello contro l'epatite A o la febbre tifoide e consigliato di mettere in valigia farmaci, come la rifaximina o la ciprofloxacina, da utilizzare in

caso di necessità.

Da questo mese, i viaggiatori italiani potranno disporre anche di un nuovo vaccino, efficace contro il colera e la diarrea del viaggiatore, causata da *Escherichia coli enterotossigena* (ETEC), prodotto in Svezia attraverso un modernissimo procedimento tecnologico.

Il colera è conosciuto come malattia diarroica acuta che colpisce soprattutto i Paesi in via di sviluppo. Contrariamente a quanto si possa pensare, il colera è grave solo nel 5-10% dei casi mentre nel restante 90-95% si manifesta con sintomi da lievi a moderati e può colpire non solo le popolazioni residenti nelle zone endemiche ma anche i viaggiatori. L'epidemiologia ufficiale non rispecchia il quadro reale. Secondo l'OMS, i casi riportati sono meno del 10% di quelli effettivi. Questo perché i Paesi interessati non li notificano, soprattutto per il timore di ripercussioni socio-economiche (a partire dalla paura di perdere turisti), ma anche perché, come si diceva, molti casi di colera sono di lieve entità e quindi non identificabili come tali. Il colera può essere dunque confuso facilmente con altre malattie diarroiche, compresa la Diarrea del Viaggiatore, patologia che può avere diverse cause (tra cui, appunto, l'infezione da *Vibrio cholerae*).

La principale di queste cause resta l'*Escherichia coli enterotossigena* (ETEC), un batterio che produce una tossina molto simile a quella prodotta dal vibrione del colera, come si può vedere dalle immagini sottostanti.



Tossina del colera



Tossina dell'ETEC

È questa forte somiglianza strutturale ed immunologica che spiega la protezione che questo vaccino (indicato nel nostro Paese solo per la prevenzione delle diarree da colera)

Anche le persone più accorte commettono errori che possono facilitare l'insorgere di infezioni e malattie

offre anche rispetto alla Diarrea del Viaggiatore da ETEC.

Contro il colera non esiste nel nostro Paese nessun altro vaccino. Quello iniettivo tradizionale, costituito da cellule intere di batteri uccisi col fenolo, non veniva da tempo più raccomandato dall'OMS a causa della sua modesta efficacia (30- 50% dei vaccinati), la breve durata dell'immunità (3-6 mesi) e perché poteva indurre nei vaccinati un immotivato e pericoloso senso di sicurezza. Questo nuovo vaccino si distingue dal vecchio innanzitutto per composizione: oltre alle cellule intere di batteri, uccisi col calore e la formalina, il nuovo vaccino contiene infatti la subunità B non tossica della tossina del colera (ottenuta attraverso procedimenti di ingegneria genetica), la quale stimola una risposta anticorpale migliore e permette la protezione crociata dalla Diarrea da ETEC. Il nuovo vaccino è diverso inoltre anche per via di somministrazione: orale, anziché parenterale.

Per valutare l'efficacia del vaccino contro il colera, sono stati condotti due studi, rispettivamente in Bangladesh e in Perù. Nello studio in Bangladesh, condotto su circa 65.000 soggetti a partire dai 2 anni di età, il vaccino di tipo WC/rBS (Dukoral) è stato confrontato col vaccino a sole cellule di batteri uccisi. Mentre quest'ultimo aveva dimostrato un'efficacia protettiva del 58%, Dukoral ha fatto registrare un'efficacia dell'85%. In questo studio si è misurata anche l'efficacia del vaccino contro la diarrea da ETEC in una zona endemica, e la protezione nel breve termine è risultata essere su-

periore al 60%. Nello studio condotto in Perù, l'efficacia protettiva nei confronti del colera è risultata sovrapponibile a quella riscontrata in Bangladesh (tabella 1).

L'efficacia del vaccino è stata valutata non solo nelle popolazio-

diarree da infezioni miste. Infatti, quando la diarrea era causata dall'ETEC più un qualunque altro patogeno, l'efficacia protettiva saliva fino al 71%; nel caso particolare di ETEC + Salmonella enterica, Dukoral era in grado di prevenire l'82% delle diarree

(vedi tabella 2).

Questo vaccino è dunque di reale utilità ed importanza per tutti i viaggiatori diretti verso le zone del mondo dove siano presenti questi patogeni responsabili di malattie diarroiche. L'ETEC costituisce un rischio che va da medio ad alto in quasi tutte le regioni del mondo, con la sola eccezione del Nord Europa, del Nord America e dell'Australia. Buona parte

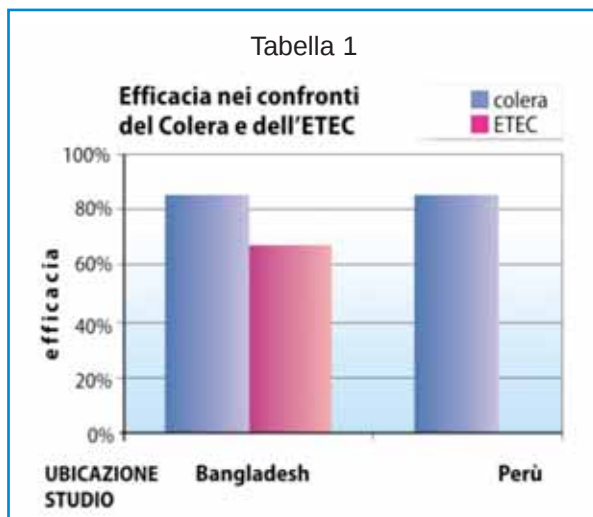
del continente africano, incluso il nord-Africa, il Centro e il Sud America (escluse solo l'Argen-

tina e il Cile) e gran parte dell'Asia sono da considerare mete dove il rischio di Diarrea del Viaggiatore da ETEC è molto elevato.

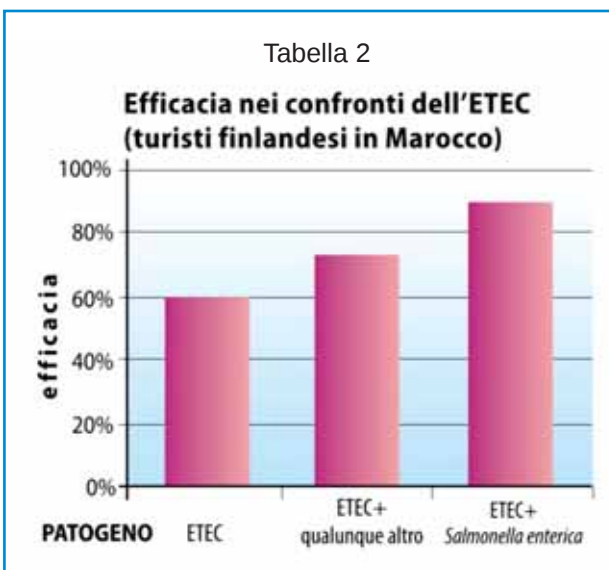
Oltre che ai turisti, il vaccino è consigliato ai viaggiatori che si recano abitualmente in questi paesi per motivi di lavoro, ai volontari della nostra Protezione Civile, ai militari, agli operatori ecologici ed al personale sanitario. Dukoral si somministra in due dosi,

a distanza di una settimana l'una dall'altra, completando il ciclo idealmente una settimana prima della potenziale esposizione all'infezione. Il vaccino può essere impiegato anche nei bambini, a partire dai 2 anni: nei bambini di età 2-6 anni sono indicate tre dosi. ■

(*) *Direttore Centro OMS Medicina del Turismo*



ni residenti in zone endemiche, ma anche nei viaggiatori che dai Paesi industrializzati si recano in



zone a rischio. In particolare, è stato condotto uno studio su 600 turisti finlandesi che si recavano in vacanza in Marocco. In questo gruppo, il vaccino ha dimostrato di ridurre di oltre il 50% tutte le forme di diarrea da ETEC. Il dato è ancora più alto (60%) per le diarree da ETEC che produce tossina tremolabile (LT) e ancora migliore per le



IL PROFILO E LA RISARCIBILITÀ PROVOCATO

di Tommaso Spasari (*)

La recente sentenza 7 marzo 2005 n. 1015 pronunciata dalla I Sezione Civile della Corte d'Appello di Roma, ci riporta nel vivo della dibattutissima questione della risarcibilità ai congiunti *iure hereditatis* dei danni alla salute e morali spettanti alla vittima e *iure proprio* dei danni morali inerenti alla sua morte, cagionata dal tabagismo e più specificamente dal fumo di sigaretta. Orbene, la storica decisione in rassegna merita di essere segnalata oltretutto per alcune interessanti questioni giuridiche abilmente affrontate e condizionalmente risolte, soprattutto perché ha ribaltato il consolidato orientamento negativo della giurisprudenza di merito, riconoscendo finalmente che: «l'esistenza del rapporto causale tra cancro polmonare e fumo di sigaretta può dirsi accertata, secondo un criterio di seria probabilità scientifica, al di là di ogni ragionevole dubbio» (V., al riguardo, Cass., Sezioni Unite Penali, 10 luglio 2002, in *Il Foro italiano*, 2002, II, 601, nonché, Cass., 11 settembre 1998, n. 9037, in *Riv. giur. circolazione e traspt.*, 1999, 86). Ne discende, che la sussistenza del nesso di causalità tra il tabagismo e la neoplasia ai polmoni - che risulta eziologi-

camente riconducibile a quest'ultimo - costituisce il presupposto indispensabile della responsabilità dei produttori di sigarette. Peraltro, i giudici del gravame hanno correttamente ravvisato il fondamento dell'obbligo risarcitorio da parte del produttore di tabacco nella previsione dell'art. 2050 c.c., che dispone: «Chiunque cagiona danno ad altri nello svolgimento di un'attività pericolosa, per sua natura o per la natura dei mezzi adoperati, è tenuto al risarcimento, se non prova di avere adottato tutte le misure idonee a evitare il danno». Pertanto, la Corte d'Appello di Roma ha giustamente ritenuto pericolosa per la salute umana - ai sensi dell'art. 2050 c.c. - l'attività di produzione e di commercializzazione del tabacco in quanto, avendo quest'ultimo quale unica destinazione il consumo mediante il fumo, presenta connotati di pericolosità eccedenti il livello normale del rischio a causa dell'azione mutagena esercitata sulle cellule dagli idrocarburi policiclici aromatici contenuti nel fumo del tabacco e soprattutto dal benzopirene, sicché sono necessarie particolari cautele preventive finalizzate ad impedire l'evento lesivo cioè lo sviluppo di neoplasie (cancro polmonari broncogeni, della bocca, della laringe, dell'esofago, del pancreas, della vescica,

ecc.), di patologie respiratorie (broncopatia cronica ostruttiva), cardiovascolari (infarto, angina) e cerebrovascolari (apoplezia, emorragie subaracnoidee). Di conseguenza, il produttore medesimo è assoggettato alla presunzione di responsabilità di cui alla succitata norma codicistica, in relazione ai danni alla salute subiti dai fumatori. Sulla scorta di quanto prospettato, si evince la ratio decidendi del giudice del gravame - che ha rigettato le censure dedotte dall'appellato resistente (l'Ente Tabacchi Italiani) che chiedeva la reiezione dell'appello, riportandosi ad un consolidato e contrario orientamento già manifestatosi presso i giudici di primo grado (V., ex plurimis, Tribunale di Napoli, Sez. XI, 15 dicembre 2004, n. 12729, in *Responsabilità e Risarcimento*, n. 1/2005, pag. 62) che aveva, peraltro, escluso che la produzione di sigarette potesse ricondursi nell'alveo della responsabilità per l'esercizio di attività pericolose ai sensi dell'art. 2050 c.c., altresì asserendo l'infondatezza dell'obbligo di informazione da parte dei produttori di tabacchi, giacché non essendo stabilito espressamente da una disposizione normativa, non poteva essere ricavato per analogia dalla clausola generale di responsabilità aquiliana ex art. 2043 c.c. Per converso, l'orientamento negativo sopra sintetiz-

La commercializzazione del tabacco presenta connotati di pericolosità eccedenti il livello normale del rischio

esemplare

MEDICO-LEGALE DEL DANNO DAL TABAGISMO



zato non appare condivisibile, giacché l'affermazione che il fumo di tabacco non ha di per sé nella *res materiae* un'intrinseca potenzialità lesiva e che, perciò, il nocumento alla salute scaturirebbe dall'uso scorretto del prodotto è palesemente smentita da molteplici studi scientifici ed epidemiologici nonché dalle indagini molecolari sul DNA, che hanno dimostrato le indubbie proprietà nocive del fumo di tabacco. Peraltro, sotto il profilo giuridico, il suddetto orientamento collide an-

nente i danni arrecati dal fumo alla salute, che scaturendo direttamente dagli artt. 32 e 41 della Costituzione sussisteva, perciò, implicitamente già *ab origine* a prescindere dalla data d'entrata in vigore della legge n. 428 del 1990, che invece lo ha successivamente introdotto in forma esplicita nel vigente assetto dell'ordinamento giuridico. Invero, la decisione in rassegna apre finalmente una breccia nel consolidato orientamento giurisprudenziale secondo cui - stante la diffusa consapevolezza nel tessuto sociale della dannosità di un uso eccessivo del tabacco - i suoi effetti nocivi sull'organismo e la sua patogenicità sono intrinsecamente collegati soltanto al suo abuso, che costituendo una libera scelta personale dell'individuo fumatore - che alla stregua di una sorta di dolo eventuale ne accetta coscientemente e volontariamente il rischio - non può essere addebitata ad altri. Peraltro, il Tribunale di Roma in una precedente sentenza dell'11 febbraio 2000 (Cfr., *amplius*, in *Il Corriere giuridico*, 2000, 1639, nonché in *Giurisprudenza italiana*, 2000, 1463), pronunciandosi in un caso analogo nel quale erano stati convenuti in giudizio la Philip Morris Corp. Serv. Inc. e l'Ente tabacchi italiani, ha riconosciuto la «oggettiva nocività alla salute del fumo»,

pur dichiarando - conformemente al suddetto orientamento giurisprudenziale - non meritevole di accoglimento la domanda risarcitoria dell'attore. Orbene, la sentenza 1015/2005 costituisce una tappa fondamentale nell'evoluzione giurisprudenziale della tutela risarcitoria, giacché la Corte d'Appello di Roma ha effettuato una corretta ricostruzione concettuale della fattispecie inquadrando la produzione e la commercializzazione di tabacchi nella categoria giuridica delle attività pericolose - perciò responsabilizzando i produttori in una rinnovata visione della portata dell'art. 2050 c.c., che prevedendo uno speciale criterio d'imputazione della responsabilità risarcitoria - comporta di fatto l'inversione dell'onere della prova. Di conseguenza, i giudici del gravame hanno affermato che: «il produttore, per liberarsi della presunzione di responsabilità, deve fornire la prova rigorosa dell'adozione di tutte le misure idonee ad evitare il danno, senza che basti la prova negativa di non avere violato alcuna norma di legge o di comune prudenza, occorrendo, invece, la prova positiva di avere impiegato ogni cura e misura atta ad impedire l'evento dannoso» (Cfr., in tal senso, Cass., 27 gennaio 1997, n. 814; Cass.,

Un orientamento smentito dalla sentenza

che con la pronuncia della Corte Costituzionale 7 maggio 1991, n. 202 che in riferimento al fumo passivo ha precisato che: «l'art. 32 Cost. in collegamento con l'art. 2043 del codice civile pone il divieto primario e generale di ledere la salute», a prescindere da esplicite previsioni di legge. Difatti, la Corte d'Appello di Roma - dimostrando grande acume giuridico - ha accolto i motivi di gravame proposti a questo riguardo dagli appellanti, sanzionando l'inottemperanza da parte del produttore di tabacco all'obbligo d'informazione concer-

Libera scelta personale del fumatore?

(segue a pag. 16)

(continua da pag. 15)

1° febbraio 1995, n. 1138; Cass., 20 luglio 1993, n. 8069; ed in materia di prodotti chimici nocivi, Cass., 10 ottobre 1997, n. 9866). Alla luce di quanto si è argomentato, è inapplicabile alla fattispecie esaminata la previsione del capoverso dell'art. 1227 c.c., che esclude il risarcimento per i danni evitabili con l'ordinaria diligenza, dato che il fatto del danneggiato (aver fumato sigarette) - non escludendo il nesso di causalità tra attività pericolosa ed evento dannoso - non produce effetti liberatori in quanto costituisce un elemento concorrente nella produzione del danno, giacché si inserisce in una situazione di pericolo che ha reso possibile la causazione del danno medesimo (una neoplasia o un'altra patologia), per l'inidoneità delle misure preventive adottate dal produttore (V., Cass., Sez. III Civ., sentenza 4 giugno 1998, n. 5484, e conforme Cass., sentenza 29 aprile 1991, n. 4710). Nondimeno, una parte della giurisprudenza ritiene che il comportamento colposo del danneggiato (il fumatore) può integrare un concorso colposo col produttore a norma dell'art. 1227, comma 1, c.c. con conseguente diminuzione del *quantum debeatur*, cioè dell'entità del risarcimento dovuto dal danneggiante in riferimento all'incidenza della colpa del danneggiato (Cfr., Cass., Sez. III Civ., sentenza 8 maggio 2003, n. 6988). Deve conclusivamente rilevarsi, che l'impostazione concettuale della Corte d'Appello di Roma - che si è incentrata sulla tutela risarcitoria del danno alla salute causato dall'inadempimento dell'obbligo giuridico di cautela e d'informazione nell'esercizio di un'attività pericolosa - diverge significativamente da quella dei Tribunali degli Stati Uniti, giacché questi ultimi hanno sanzionato prevalentemente l'atteggiamento corporativo omissivo dei produt-



tori di tabacco, volto all'occultamento dei dati scientifici inerenti alla dipendenza psicofisica provocata dalla nicotina, condannandoli pertanto al risarcimento dei *punitive damages* cioè dei danni arrecati complessivamente a tutta la categoria dei fumatori. Tuttavia, considerate le intrinseche caratteristiche di tossicità, dipendenza, assuefazione e tolleranza peculiari della nicotina, è verosimile che anche

l'esatto adempimento del dovere d'informazione non esimerà in futuro i produttori di tabacco dall'obbligo risarcitorio del danno alla salute, in quanto arrecato ad un bene primario ed indisponibile dell'uomo, tutelato dall'art. 32 della Costituzione. ■

(*) Medico Chirurgo, dottore in Giurisprudenza, Specialista per le Professioni Legali

Non basterà più da parte dei produttori di tabacco adempiere all'obbligo di informazione. La salute è un bene primario sancito dalla Costituzione

Un fumatore su 5 si oppone alla legge

In Italia solo un fumatore su cinque "punta i piedi" contro la nuova normativa che obbliga a rinunciare alle "bionde" nei luoghi pubblici e di lavoro. Gli altri quattro si adeguano al divieto senza troppi problemi.

L'indagine è stata condotta dall'Istituto "Mario Negri" su un campione rappresentativo della popolazione italiana adulta e ha rilevato che fuma circa un italiano su quattro. Il vizio, inoltre, è più diffuso negli uomini, soprattutto quando si considerano dei fumatori "accaniti". Tuttavia, oltre due terzi dei fumatori non sembrano avere un rapporto di forte dipendenza dal tabacco, quindi, potrebbero rispondere bene a interventi sanitari su larga scala per scoraggiare il vizio del fumo.

< Pubblicità >

È interessante richiamare alcune informazioni relative all'andamento del mercato di Responsabilità Civile Generale e metterle a confronto con i dati relativi all'andamento del mercato relativo al segmento dell'Area Sanitaria.

Nell'ambito del mercato assicurativo (lavoro diretto) la garanzia di RCG (ramo 13 di bilancio) ottiene ormai da diversi anni la palma del peggior ramo assicurativo; volendo dare un cenno di riferimento numerico ricordiamo che il combined ratio dell'anno 2003 relativo a tutto il mercato nazionale è pari al 121,5%; composto nella parte di S/P pari al 93,2% e nella parte spese pari al 28,3%. Il saldo tecnico del lavoro diretto risultava negativo per 659 milioni di euro.

Con riferimento alla RC Medica, l'ultimo anno (2000) per il quale disponiamo di dati generali di mercato (ania) ha segnato un andamento ulteriormente negativo con perdite pari al 300% dei premi.

Tutto ciò ha indotto numerose Compagnie a ritirarsi da questo segmento di mercato.

Da una ricerca condotta nel corso del 2002 da Cineas in collaborazione con Zurich Consulting ed Aon Insurance Brokers emerge che in Italia, su 8 milioni di persone ricoverate ogni anno, il 4% circa (320mila) è vittima di danni o comunque di eventi avversi connessi ad errori medici, malfunzionamenti di apparecchiature, disorganizzazione, che determinano la morte di circa 35mila pazienti ogni anno.

Tale situazione comporta, al contempo, un intasamento dell'apparato giudiziale oberato da circa 12 cause pendenti con una richiesta di risarcimento pari a 2,5 miliar-

Proviamo a fare il punto su una **LA SANITÀ NEL DELLE COMPAGNIE**

Nell'ultimo ventennio il comparto della sanità è di sinistri di responsabilità civile, con costi L'aumento della frequenza e del costo medio dei generalizzato che non riguarda solo il settore della persona. È tuttavia nel settore della sanità un quanto riguarda le strutture sanitarie pubbliche e operatori sanitari, che influenza pesantemente e che colpisce, con premi assicurativi sempre a fornire adeguate coperture assicurative,

di Giovanbattista Mazzucchelli (*)

di di euro (altre fonti parlano di 46mila cause per 3,2miliardi).

Sulle concause che hanno determinato tale fenomeno si discute da anni e credo sia ormai condiviso da tutti che alla base della maggiore onerosità del rischio vi siano aspetti che abbracciano vari campi, da quello sociale a quello medico, da quello dell'informazione a quello giuridico:

- è indubbio che vi sia una maggiore consapevolezza dei propri diritti da parte dei pazienti e dei loro familiari;

- è vero che l'evoluzione della scienza ed il conseguente sviluppo di tecniche più sofisticate di cure e di interventi chirurgici hanno aumentato le aspettative dei pazienti, sia dal punto di vista del risultato che ci si aspetta di ottenere dalla struttura attraverso l'opera del professionista, sia dal punto di vista della pretesa al risarcimento nei casi in cui si ritenga che la struttura o il medico abbiano compiuto

- to un errore professionale;
- a ciò si aggiunga l'attenzione dei media ai fenomeni della malasanità diffondendo nell'opinione pubblica la convinzione che qualunque insuccesso della medicina debba necessariamente essere attribuito a colpe del medico o della struttura ospedaliera;
- sono inoltre mutati i rapporti fra paziente e medico a partire dall'introduzione della regola del consenso informato la quale può esporre il medico ad un obbligo di risarcire esiti negativi prevedibili che, ove opportunamente raffigurati, avrebbero indotto il paziente a scelte diverse;
- infine sul piano giuridico è da ricordare l'evoluzione e l'ampliamento del concetto stesso del danno risarcibile alla persona dove al danno patrimoniale si sono aggiunti il danno biologico e morale e negli ultimi anni è stata progressivamente riconosciuta la nuova voce del danno esistenziale;
- la qualificazione come contrattuale della responsabilità

In Italia su otto
milioni di persone
ricoverate
ogni anno
il 4 per cento
(320 mila)
è vittima di
danni o comunque
di eventi avversi

situazione sempre più intricata

“LIBRO NERO” DI ASSICURAZIONE

stato colpito da un numero sempre maggiore medi progressivamente più elevati. sinistri di responsabilità civile è un fenomeno sanità e che si riferisce soprattutto ai sinistri alla fenomeno particolarmente intenso, sia per private, sia per quanto riguarda i singoli i bilanci delle compagnie assicurative più alti e talvolta con la difficoltà stessa il sistema sanitario nel suo complesso

di assicurazione. Tale fenomeno dei sinistri tardivi trova la sua origine nella non contestualità fra fatto causativo del danno, emergenza, accertamento, denuncia all'assicurazione e liquidazione.

È da evidenziare, infine, l'evoluzione nel tempo del costo dei sinistri.

Difatti la valutazione iniziale del danno arriva ad essere quadruplicata alla fine del quinto anno.

Le ragioni di tale considerevole aumento sono conseguenza delle incertezze in ordine alla gravità delle lesioni subite dai pazienti che possono consolidarsi in tempi lunghi ed in termini negativi inaspettati, degli atteggiamenti dei Tribunali sempre più inclini a riconoscere risarcimenti più elevati con un tasso di crescita ben superiore a quello dell'inflazione generale.

Da qui le difficoltà per gli assicuratori di operare stime statistiche-attuariali attendibili sul costo medio del sinistro, indispensabile unitamente alla frequenza, per una valutazione dei costi assicurativi del rischio sanitario.

(segue a pag. 20)

civile del medico che da un lato ne aggrava la posizione debitoria a causa dell'inversione dell'onore della prova, dall'altro consente al danneggiato di esercitare il suo diritto al risarcimento entro termini prescrizionali più lunghi, dieci anni in luogo dei cinque previsti per la responsabilità extracontrattuale.

Quanto detto ha profondamente inciso, oltre che sulle dimensioni del rischio, sulla sua stessa morfologia, che è radicalmente cambiata rispetto ad alcuni anni fa.

Una prima considerazione che si può fare è che la quasi totalità degli esborsi in materia di responsabilità civile medica si riferisce ai danni alla persona, che sono per alcune specialità (ginecologia, ostetricia, ortopedia, anestesia, chirurgia generale) di rilevante entità e fortemente variabili. Questo costituisce un fattore di incertezza in ordine alla previsione di risarcimento.

Un'ulteriore rilevante caratteristica di questo rischio è il ritardo con il quale vengono formulate, da parte dei danneggiati, le richieste di risarcimento nei confronti del civilmente responsabile e da questi girate alle compagnie





(continua da pag. 19)

Tutto ciò ha comportato la modifica dei criteri di assunzione dei rischi relativi alla sanità tanto a livello di strutture pubbliche e private, quanto a livello dei singoli medici.

Le entità dei premi sono cambiate.

Per le strutture sanitarie pubbliche si è passati dall'applicazione di un tasso sulle retribuzioni del 4-5% ad oltre il 20% con punte superiori al 40%; per le coperture di RC professionale dei singoli medici si sono registrati negli ultimi anni incrementi di premio superiori al 300% in particolare per le specializzazioni più a rischio (ad. es. per il ginecologo si è passati negli ultimi 5/6 anni da euro 1500 di premio per avere una buona copertura a euro 5.000, arrivando addirittura in certi casi a cifre non lontane da euro 10.000).

Per quanto riguarda la normativa si è passati dal sistema di definizione di sinistro "loss occurrence" al sistema di definizione di sinistro "claims made".

Il sistema loss occurrence è attualmente quello più usato nel campo della responsabilità civile e considera come data del sinistro sotto il profilo temporale il momento nel

quale si è verificato l'evento dannoso, indipendentemente dal momento nel quale il danneggiato ha fatto la prima richiesta di risarcimento all'assicurato.

Il sistema claims made, invece considera come momento del sinistro la prima richiesta di risarcimento da parte del danneggiato all'assicurato e normalmente è limitato ai fatti verificatisi durante il perio-

Indubbiamente c'è stata un'evoluzione nel tempo del costo dei sinistri. La valutazione iniziale del danno arriva ad essere quadruplicata alla fine del quinto anno

- con l'inserimento, per i contratti stipulati dalle aziende sanitarie, di franchige anche elevate o con l'introduzione di un limite aggregato annuo che determina con certezza l'esposizione annua della compagnia.

Sono stati individuati nuovi criteri di valutazione del rischio, non solo basati sulla pregressa sinistrosità ma anche sulle informazioni ottenute direttamente dal cliente quali la dimensione, la tipologia e la qualità dei servizi prestati, l'organizzazione degli stessi.

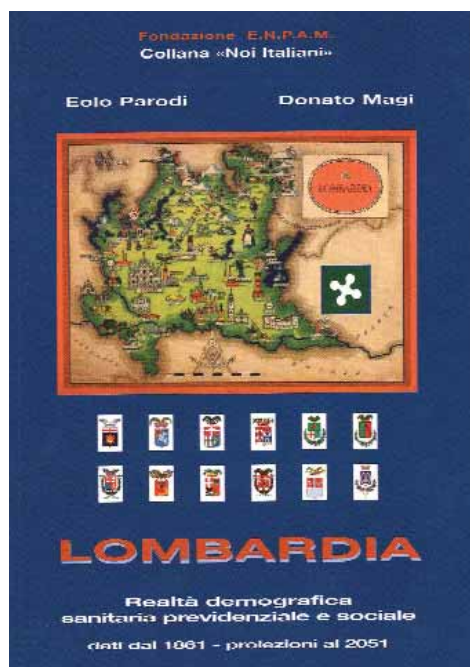
Tuttavia nonostante le azioni già intraprese, al fine di creare un riequilibrio tra costi ed entrate, si rendono necessarie ulteriori iniziative con uno sforzo congiunto di tutti i soggetti interessati, non solo quindi i naturali protagonisti (Assicuratori, assicurati e brokers), ma anche legislatori, operatori del diritto, media e opinione pubblica affinché, ognuno nel suo proprio ruolo e per quanto di sua competenza, possa contribuire al miglioramento della gestione del rischio sanitario. ■

do dell'attività della polizza.

Sono state inoltre modificate altre condizioni contrattuali:

- con l'inserimento di esclusioni;

**(*) Condirettore generale
Fondiarria Sai Responsabile
direzione Milano
Assicurazioni e Rate Sai**



L'OCCHIO DI DUE MEDICI SULLA REALTÀ LOMBARDA

di Marco Lovallo

Il presidente Eolo Parodi e il prof. Donato Magi presentano questa loro nuova fatica dove viene analizzata la realtà demografica, sanitaria, previdenziale e sociale della regione dal 1861 al 2051

«Lombardia: Realtà demografica, sanitaria, previdenziale e sociale - dati dal 1861 proiezioni al 2051», di Eolo Parodi e Donato Magi, è il titolo del secondo volume (il primo è stato dedicato alla Regione Puglia) della Collana «Noi Italiani» che persegue precipuamente l'obiettivo di evidenziare, Regione per Regione, come e quanto nella popolazione dei futuri quinquenni muterà la domanda: di Scuola, di Salute, di Lavoro, di Presenza politica, di Pensione. La consultazione dell'indice generale, dell'indice delle tabelle e di quello dei grafici del volume permette di comprendere il lavoro con il quale gli Autori, con rigore scientifico e statistico, hanno saputo analizzare le questioni fondamentali per la realtà lombarda, nei settori (Territorio, Ambiente, Demografia, Natalità, Morbosità, Mortalità, Salute e Previdenza) che ne condizionano e ne condizioneranno il futuro. In considerazione della mole di dati e della completezza della Ricerca, appare eviden-

te che sarebbe difficile, ed in ogni caso parziale, il tentativo di sintetizzarne il contenuto, sia pure per grandi linee. Tale obiettiva limitazione permette, tuttavia, di richiamare l'attenzione almeno sul fatto che la Ricerca, tra l'altro, dimostra in qual misura la Lombardia fa segnare dal 1998, rispetto al dato nazionale, la progressiva diminuzione della mortalità infantile il che (se è vero, com'è vero, che la mortalità infantile è il parametro biodemografico che, da solo, indica il grado di civiltà di ogni popolazione) testimonia innegabilmente il continuo miglioramento dell'organizzazione sanitaria della Regione. Rispetto al tema dell'invecchiamento, la Lombardia fa registrare il crescente "peso" degli ultrasessantacinquenni icasticamente rappresentato dal grafico 18 di pagina 74 (anno 1991 - anno 2001); fenomeno certamente determinato dal concorso dell'aumento della vita media, ma soprattutto dalla caduta della natalità (anche se, per la

Lombardia, i dati più recenti della ricerca prospettano un'evoluzione meno negativa) che ne è il fatale presupposto, ovvero dall'impoverimento quantitativo della popolazione giovane le cui conseguenze emergono in tutta evidenza se si fa riferimento, in specie, alla questione "pensionati".

La Ricerca si qualifica inoltre per due peculiarità assolute, tali da renderla manifestamente originale: perché fa conoscere, in tutte le sue componenti, la popolazione medica presente nei 1.546 Comuni della Regione (parte V del libro) e perché proietta la popolazione lombarda disaggregata per classi di età, anno dopo anno, sino al lontano 2051.

Esistono, quindi, tutti i presupposti per poter prefigurare una diffusione del libro, la più ampia possibile e, a chi avrà modo di consultarlo, spetta di valutare se e in qual misura questo secondo volume può corrispondere all'ambizioso proposito che la Collana persegue. ■

< Pubblicità >

< Pubblicità >



Lesioni al seno, nuova tecnica diagnostica

Milano - La minore elasticità dei tessuti interessati da una lesione oncologica, se rilevata, può consentire una diagnosi precoce del tumore al seno e dare maggiore affidabilità nei casi dubbi. È questo l'obiettivo di un apparecchio con una metodica innovativa basata sull'utilizzo di ultrasuoni, la Elastosonografia, che è in via di sperimentazione. In tal senso, l'Istituto dei Tumori di Milano ha avviato un programma di validazione - che è stato illustrato oggi in una conferenza stampa - per l'applicazione di queste tecnologie con l'azienda Esaote del Gruppo Bracco, produttrice dell'apparecchio e del software necessario.

Al momento - ha spiegato Gianfranco Scaperrotta, clinico dell'Istituto - sono stati valutati circa 150 casi di donne che sono state sottoposte agli ultrasuoni, nel tempo di meno di 5 minuti senza alcuna.

Tumori: più morti nelle aree vicine alle discariche

Napoli - Non si può provare scientificamente che a Giugliano, Qualiano e Villaricca si muore 'di discarica', ma i dati degli ultimi 15 anni evidenziano che in queste zone della Campania i decessi per cancro sono più frequenti che nelle altre province italiane. Lo dimostra un'indagine durata oltre un anno e mezzo, pubblicata su 'Epidemiologia e prevenzione' e rilanciata su 'lanuovaecologia.it', quotidiano online di Legambiente.

Secondo la ricerca, frutto di un progetto che ha coinvolto Iss, Cnr, Enea, Legambiente Campania, Arpa, Seconda Università degli Studi di Napoli e Osservatorio epidemiologico regionale, nel triangolo Giuliano-Qualiano-Villaricca "la mortalità per cancro è risultata significativamente accresciuta rispetto alla media nazionale", soprattutto per "tumori maligni di polmone, pleura, laringe, vescica, fegato ed encefalo". E anche i numeri di malattie circolatorie e diabete sembrano maggiori che nel resto della penisola. Sotto esame un'area fortemente urbanizzata, di circa 108 chilometri quadrati e che ospita circa 150 mila persone e 39 siti di discarica, di cui 27 "probabilmente con la presenza di rifiuti pericolosi", dice Legambiente.

Prima sperimentazione vaccino leucemia

Siena - È in corso a Siena la prima sperimentazione fatta in Italia di un vaccino attivo contro la leucemia mieloide cronica. Lo studio, coordinato dalla professoressa Monica Bocchia dell'Unità Operativa di Ematologia del policlinico Santa Maria alle Scotte, diretta dal professor Francesco Lauria, è stato pubblicato sulla rivista scientifica internazionale "The Lancet" e presenta risultati incoraggianti. "Si tratta di un vaccino peptidico - spiega Monica Bocchia - composto cioè da piccole molecole proteiche, chiamate appunto peptidi, che stimolano i linfociti dei pazienti vaccinati, in modo da riconoscere le cellule leucemiche ed eliminarle". La sperimentazione, sino ad oggi, è stata effettuata su 24 pazienti colpiti dalla leucemia mieloide cronica e prevede un programma di sei vaccinazioni consecutive, seguite da richiami trimestrali. La leucemia mieloide cronica è un tumore maligno caratterizzato da un aumento del numero dei globuli bianchi nel sangue periferico, midollo, milza e altri organi o tessuti. "Tutti i pazienti - aggiunge il professor Lauria - prima della somministrazione del vaccino, presentavano ancora una piccola quantità di malattia, nonostante fossero già in trattamento con specifici farmaci. Con l'impiego del vaccino i pazienti hanno mostrato un'ulteriore riduzione della malattia residua e in circa la metà dei casi è stato possibile documentare, mediante sensibili indagini di biologia molecolare, la scomparsa totale delle cellule leucemiche".

Tumori: raddoppiare fondi e ricerca

Roma - L'Europa rischia di perdere i suoi cervelli migliori se non saranno raddoppiati i fondi alla ricerca sul cancro. È il monito rivolto all'Ue dall'European Cancer Research Managers Forum (ECRMF), che avverte: la fuga dei migliori scienziati potrebbe danneggiare l'assistenza ai pazienti. E il rischio è reale. Secondo il rapporto, infatti, gli Stati dell'Unione sostengono una spesa procapite per la ricerca sui tumori sette volte inferiore agli Stati Uniti.

Inoltre, gli studi nel Vecchio continente si concentrano sulla biologia del cancro più che sullo sviluppo di trattamenti e strategie preventive. Non solo. La ricerca dipende troppo dai fondi delle organizzazioni no profit. I 25 Paesi dell'Ue spendono una media di 2,56 euro per persona, rispetto ai 17,63 degli Usa. L'Europa, dunque, dovrebbe fare di più, raddoppiando le risorse destinate alla ricerca sul cancro. Potenziandola, sottolineano gli specialisti, si salverebbero altre 20 mila vite ogni anno.

< Pubblicità >

Un consiglio? “Non uscite mai da sole!”

MEDICI DELLA NOTTE TRA MILLE PERICOLI

Due dottoresse del nord e sud Italia raccontano la professione spesso in zone a tasso delinquenziale medio-alto. Le sedi di Guardia medica con una prevalenza di camici rosa funzionano bene. Anzi: egregiamente

di Ester Maragò

I professionisti per i quali la definizione di “medici in trincea” calza a pennello?

Senza dubbio quelli di Guardia medica. E per confermare la veridicità di questo assunto basta guardare alle vicende di cronaca, tinte di nero, di cui sono protagonisti. Ma parlano chiaro anche i dati di un'indagine della Federazione italiana dei medici di medicina generale che, nel 2004, ha coinvolto 2.500 medici di continuità assistenziale. I risultati?

Nove camici bianchi su dieci hanno subito episodi di violenza fisica o atti intimidatori. Il ventidue per cento degli intervistati ha ricevuto percosse, e il tredici per cento è stato oggetto di minacce a mano armata. E questo è solo un assaggio, perché l'aspetto più grave è che quasi tutte le violenze fisiche o verbali si sono consumate nelle sedi di Guardia, il quarantacinque per cento delle quali sono collocate in zone a tasso delinquenziale medio-alto. Ambulatori dove spesso i medici lavorano in completa solitudine. Sedi isolate con esigue o inesistenti misure di sicurezza, ma dove la porta è sempre aperta per assistere pazienti “difficili”. E considerando che il popolo degli oltre 14 mila medici di continuità assistenziale è composto prevalentemente da donne, è facile comprendere come la sicurezza personale diventi una chimera. Per cui sarebbe forse più oppor-

tuno parlare di “dottoresse in trincea”.

“Mi piace dire che siamo i medici di famiglia della notte, del sabato e della domenica” dice Tommasa Maio. La dottoressa lavora



La dottoressa Tommasa Maio

a Varese da cinque anni e ha messo subito in chiaro un concetto: “Io non ‘faccio’ la Guardia medica. Io mi ‘sento’ un medico di continuità assistenziale, soprattutto dopo aver lavorato la notte tra mille imprevisti, ma con molte soddisfazioni”.

La dottoressa Maio rispetto a molte sue colleghe può considerarsi privilegiata: “La sede dove opero è decorosa. Non solo, come anche in altri presidi qui in Lombardia, abbiamo l'autista che ci accompagna. Siamo la testimonianza del grande sforzo che si sta esercitando per migliorare alcune realtà, soprat-

tutto dopo la drammatica vicenda di Roberta Zedda”. E sì, perché in questa professione si contano i morti. Roberta Zedda e Maria Monteduro hanno lasciato il segno. “Tutti i medici di continuità assistenziali - spiega - corrono rischi. Non solo noi donne. Di certo non potrò mai scordare quello che mi ha detto con grande dignità la mamma di Roberta: dottoressa non esca mai sola”.

E ancora, la vita quotidiana di questi professionisti è un percorso ad ostacoli.

Il servizio di Guardia medica negli anni si è, infatti, trasformato in una sorta di “limbo del paria” della medicina territoriale. Solo il 10% dei medici lavora in una sede “dignitosa”. La fatiscenza degli ambienti è spesso una costante e gli impianti a norma sono un optional. Attrezzature e materiali il più delle volte scarseggiano. Nel 90% dei casi le sedi sono attrezzate in modo inadeguato, mancano dal filo di sutura all'apparecchio per misurare la pressione. Inoltre i medici sono spesso costretti al fai da te: sono in molti coloro che la sera, prima di andare al lavoro, mettono in valigia non solo i farmaci, ma anche le lenzuola di casa da usare per il lettino delle visite. “In molti ambulatori - sottolinea ancora Maio - i locali di visita coincidono con quelli dove i medici ricevono le chiamate, in barba alla privacy. Oppure mancano le sale di at-

tesa e i bagni sono in comune con gli assistiti". Ci sono persino situazioni che sfiorano il ridicolo: "Nella nostra regione c'è una sede dove in bagno c'è il bidet ma non il water".

Eppure, per Tommasa Maio, l'esperienza della continuità assistenziale è indispensabile per un medico che opera sul territorio: "In Lombardia abbiamo chiesto che, nell'ambito del

Continuità assistenziale formazione e ricerca

triennio di formazione specifica in medicina generale, sia riservato un periodo di tirocinio nelle nostre sedi". Anzi, per promuovere la figura di questo professionista, Tommasa Maio ha creato un osservatorio regionale per il servizio di continuità assistenziale con l'obiettivo di implementare le iniziative di formazione e ricerca.

E se il Nord Italia può vantare

Sensibilità disponibilità all'ascolto e poi ...

realità "protette", anche se sono in molti i medici che denunciano situazioni ad altissimo rischio proprio in alcune grandi città del settentrione, il Sud non può - permettete il gioco di parole - "abbassare la guardia". Ne sa qualcosa la dottoressa Colomba Formisano che, da cinque anni, lavora nella Guardia medica di Ercolano. Una sede decisamente in rosa: su dieci medici titolari, sette sono donne. Ed anche tra i sostituti con incarico trimestrale prevale il sesso femminile. È un territorio dif-

ficile quello di Ercolano. Ha una popolazione di oltre 56mila anime, e sovente l'arretratezza culturale impera. In quest'area la Guardia medica è il principale punto di riferimento per gli assistiti, e le situazioni potenzialmente a rischio non mancano. Le dottoresse di Ercolano adottano quindi particolari accortezze: la notte per raggiungere il domicilio dei pazienti evitano accuratamente di salire sulla macchina di persone appena conosciute che si offrono di accompagnarle, e optano per la propria auto (ma in alcune postazioni c'è anche chi, potendo, si fa scortare da un familiare).

Fortunatamente ad Ercolano non si sono verificati episodi da allarme rosso, però le aggressioni verbali sono frequenti a



La dottoressa Colomba Formisano

causa della scarsa informazione sulle competenze dei medici: "Abbiamo dei paletti ben precisi - commenta Colomba Formisano - non possiamo prescrivere esami di laboratorio o visite specialistiche, e possiamo redigere certificati di malattia per un arco di tempo corrispondente a quello del nostro servizio. Tuttavia i pazienti lo ignorano, e arrivano con la certezza di poter ricevere una prestazione che alla fine non hanno. Questo può scatenare reazioni non proprio pacifiche". In particolare nel Sud essere donna e medico può richiede-

re qualche sforzo in più. Ma le dottoresse si sono imposte, e la loro caparbia ha sconfitto le resistenze della popolazione ancora legata, in molti casi, ad una cultura dove il sesso forte predomina. La professionalità, la sensibilità, la disponibilità all'ascolto che contraddistinguono l'altra metà del cielo, come avviene anche nelle altre aree mediche, sono state le atout vincenti. Se i colleghi "tagliano corto", le dottoresse dedicano più tempo agli anziani che spesso hanno solo bisogno di parlare, oppure scherzando aumentano la compliance con i piccoli pazienti. "Non dimentichiamolo: molte di noi sono mamme. Insomma siamo più volitive. E anche più forti, infatti, svolgiamo un doppio lavoro: in famiglia e in ambulatorio" ha aggiunto la dottoressa Formisano.

Pesano però le guardie notturne. "Lavoriamo la notte dalle dieci alle dodici volte al mese - spiega ancora -. E quando hai bambini piccoli è veramente dura". Ma guai a chiederle di cambiare mestiere. "Mi piace il contatto con i pazienti e con il tempo riesci a costruire un rapporto fiduciario con loro. Questa professione ti insegna a convivere con gli altri colleghi che diventano una seconda famiglia: trascorriamo insieme tutte le più importanti festività. Però vorrei avere qualche diritto in più".

E già, qualche diritto in più. Proprio sul fronte contrattuale questa categoria è stata bistrattata. Malattia, ferie e maternità non erano riconosciute. Ma i cambiamenti sono in arrivo. I medici hanno, infatti, conquistato grazie alla nuova convenzione, l'agognato riconoscimento normativo ed economico.

Rimane quindi solo una domanda impertinente: una sede di Guardia medica con una netta preponderanza di camici rosa funziona meglio? "Sicuramente", assicura ironicamente la dottoressa Formisano. "Gli uomini sono più disordinati". ■

A maggio di quest'anno è scaduta la polizza sanitaria che l'ENPAM ha sottoscritto con le Assicurazioni Generali. Il rinnovo è stato ottenuto e trattato per cui l'adesione alla polizza deve essere sottoscritta entro il mese di luglio del corrente anno.

Non vi è dubbio che questa polizza sia stata gradita dai medici e dai loro familiari; lo testimonia la soddisfazione espressa nelle numerosissime lettere ricevute dal Presidente Parodi. Il riscontro più positivo è rappresentato dal numero elevato di iscritti, che hanno potuto giovare di avanzate terapie in Istituti nazionali ed esteri (in tempi brevi) proprio per le garanzie economiche che la polizza offre. A riprova di quanto stiamo

affermando, la Compagnia denuncia uno sbilancio, perché il ricorso agli indennizzi è stato

ampio, ciò a dimostrazione di reali benefici goduti dagli assicurati. Per chi si è iscritto il rinnovo deve essere imperativo così come l'adesione per chi si volesse iscrivere per la prima volta. Per questo elenchiamo una serie di motivi che depongono a favore della polizza.

Non vi sono limiti di età. Il massimale è decisamente alto e copre ogni possibilità reale.

Chi si è assicurato dall'inizio non rischia più di vedersi rifiutato l'indennizzo per preesistenza. L'innovazione, introdotta del Grave Evento Morboso, non trova corrispettivo in altre polizze. Il complesso delle garanzie è decisamente ampio e copre tutta la patologia chirurgica e il suo trattamento.

Inoltre, per l'esperienza ricavata dalla Commissione Paritetica, la liquidazione è stata gestita con equità e certamente non in modo fiscale.

Detto tutto il bene, che ci sembra doveroso rammentare, veniamo ai problemi che sono sorti per poter concludere il rinnovo.

Sarebbe stato idilliaco ribadire, con una semplice firma, la situazione attuale.

Il risultato economico dimostrerebbe però, una

perdita per la Compagnia di Assicurazione. L'equilibrio si poteva raggiungere, così, solo attraverso tre possibili soluzioni:

- eliminare dall'assicurabilità i soggetti oltre una certa età;
- ridurre il pacchetto delle garanzie;
- aumentare il premio.

Certamente il Presidente dell'Ente che è stato l'artefice di questa polizza, non avrebbe mai accettato le prime due soluzioni perché convinto che ne avrebbero snaturato il valore innovativo; per il terzo punto, sicuramente, non avrebbe consentito ribaltoni economici, anche se con-

tenibili ancora nei prezzi di mercato, ma si è mostrato soltanto disponibile a ritocchi che consentono il proseguimento

della copertura assicurativa senza un gravame economico eccessivo, mantenendo intatte le attuali garanzie.

I nuovi premi sono quindi di euro 150,00 per il medico singolo, di euro 300,00 per un nucleo familiare di due persone e di euro 400,00 per il nucleo familiare di tre o più persone. Premi, nettamente inferiori a quelli di mercato.

Quindi, abbiamo acconsentito a continuare la collaborazione con la Compagnia che ha ampiamente meritato la nostra fiducia per i buoni risultati raggiunti sottolineando, ancora una volta, il vantaggioso rapporto costo/benefici e rimarcando il vero fine dell'assicurazione contro gli eventi che potrebbero incidere grandemente sulla nostra sicurezza economica, certamente non per usufruire di modesti ritorni in una partita di giro monetaria.

Ecco perché sosteniamo ancora più Sì alla continuità, confidando, fiduciosi, su nuove adesioni alla polizza.

Aurelio Grasso

Consigliere d'amministrazione Enpam

POLIZZA SANITARIA? ANCORA DI PIÙ, SÌ

MODULO DI ADESIONE E AUTOCERTIFICAZIONE

Alla polizza / Convenzione Enpam- Generali – Annualità 31.05.2005 – 31.05.2006 - **Scadenza delle adesioni 31.05.2005**

Cognome e nome: _____ Codice ENPAM: _____

Telefono: _____ Telefono Cellulare: _____

Posta elettronica (e-mail): _____

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

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

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

Prendo atto che l'ENPAM, ricevuta la somma da me pagata, la verserà per me a "Assicurazioni Generali SpA", che darà corso alla copertura assicurativa in mio favore (per il periodo 1/06/2005 – 31/05/2006), con efficacia delle garanzie dall'1/06/2005, se avrò aderito entro il 31.05.2005 e pagato il relativo premio entro la data indicata sul M.Av.

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

firma per adesione alla polizza _____

Con riferimento all'art. 1341 c.c., approvo sin d'ora specificatamente le seguenti clausole di polizza: art. 11 (Istituzione della commissione paritetica - deferimento di controversie ad un collegio medico arbitrale); art. 12 (Deroga per competenza territoriale dell'Autorità Giudiziaria); art. 13 (Facoltà di recesso - Tacito rinnovo del contratto in mancanza di disdetta tre mesi prima della scadenza).

(firma) _____

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

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

(firma) _____

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

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

	Cognome e Nome	Data di nascita		
		Giorno	Mese	Anno
Coniuge	_____	____	____	____
Figlio/a	_____	____	____	____
Figlio/a	_____	____	____	____
Figlio/a	_____	____	____	____

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (valido per l'inclusione dei familiari). Con riferimento al Decr. Leg.vo n. 196 del 30.06.2003: **Acconsento/Acconsentiamo** al trattamento dei dati personali come indicato al punto A) dell'informativa pubblicata sul retro.

☐ **Acconsento/Acconsentiamo** - ☐ **NON Acconsento/Non acconsentiamo** (*Barrare con una X l'opzione prescelta*)

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

Luogo e data _____

(Nome, Cognome e firma dell'iscritto ENPAM)

Nome, Cognome e firma dell'interessato (coniuge o convivente more uxorio)

Nome, Cognome e firma dell'interessato (figlio/a)

Nome, Cognome e firma dell'interessato (figlio/a)

Nome, Cognome e firma dell'interessato (figlio/a)

N.B. il presente modulo va spedito alla Fondazione ENPAM casella postale 7216 - 00100 ROMA NOMENTANO



INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS. 196/2003

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE:

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

La professione in numeri

di Marco Perelli Ercolini (*)

Dai dati relativi all'iscrizione a Medicina al sempre più alto numero delle donne medico, sino alle percentuali relative al pensionamento. Si delineano i contorni della popolazione medica

In una analisi dei dati si rileva come per i medici chirurghi le fasce con più alto numero di medici, in particolare uomini, sono quelle dai 40 ai 60 anni, con punta massima nel decennio 45-55. Il fenomeno va riferito all'alto numero di iscrizioni a Medicina dopo la legge Codignola, che aprì incondizionatamente la possibilità delle iscrizioni a questa facoltà anche con altri titoli di studio che non fossero la licenza liceale.

Gli ingressi alla professione medica, dovuti anche al numero contingente degli accessi all'Università, sono ora molto contenuti nelle prime fasce, cioè quelle al di sotto dei 40 anni, segno positivo del numero chiuso alle iscrizioni a Medicina. Si ha l'inversione uomini/donne medico al di sotto dei 40 anni. In odontoiatria, il cui grafico mostra che anche in questa branca la punta con maggior numero di iscritti è

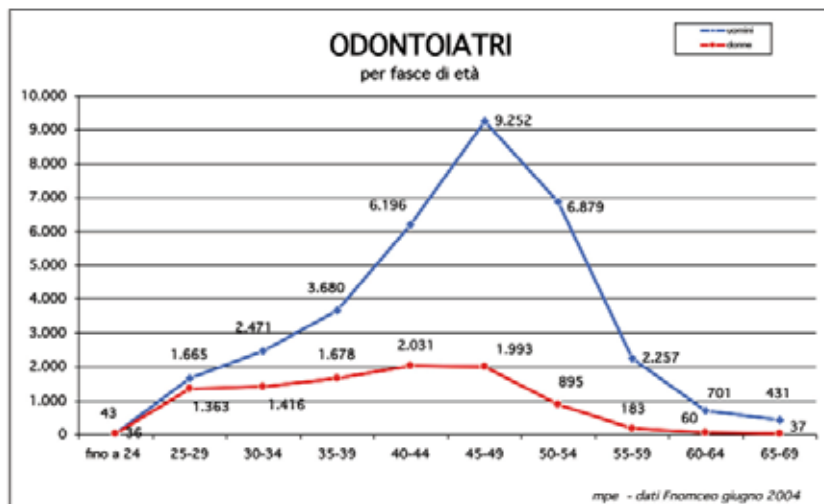
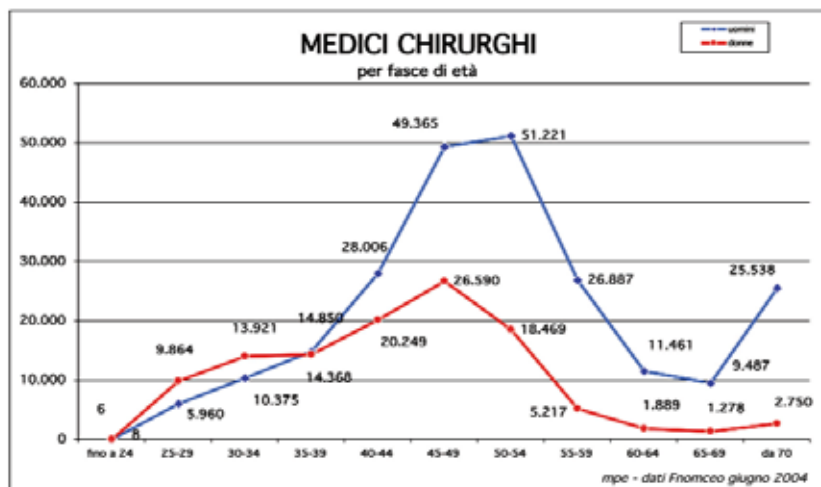
quella dai 40 ai 60 anni, la preponderanza è sempre maschile, segno che questa specialità è meno svilita economicamente e quindi che gli uomini danno pochi spazi alle loro colleghe.

Cogli andamenti attuali tra 10 anni avremo nell'esercizio della professione medica più donne che uomini. Un dato dovrebbe rallegrare coloro che hanno iniziato gli studi di medicina: il particolare andamento della popolazione medica col numero chiuso nelle università, l'innalzamento degli anni del corso di laurea, cui si assommano gli anni per il conseguimento della specializzazione, ormai indispensabile per l'accesso sia nella dipendenza che nella convenzione, fanno presumere che tra 15-20 anni la cresta dell'onda della cosiddetta plethora medica sarà superata e verrà meno la "disoccupazione", anche se già ora più che di medici disoccupati si dovrebbe parlare di medici sottoccupati, fenomeno peraltro forse più preoccupante.

Il calo degli accessi alla professione medica/odontoiatrica e l'invecchiamento degli iscritti con maggiori speranze di vita viene attentamente monitorato dal nostro Ente previdenziale. Il fenomeno della femminilizzazione di questa professione non è solo italiano, anche in altri Paesi il camice rosa sta avanzando. Tuttavia la carriera della donna verso posti apicali resta difficile anche in questi Paesi e, ovviamente, è tanto più difficile quanto meno la donna è inserita nel mondo del lavoro.

Riguardo alla medicina generale il maggior numero di medici si concentra tra i 45-55 anni di età. Piuttosto basso è invece il numero dei medici prossimi all'uscita dalla convenzione per limiti di età. I medici che hanno lasciato la convenzione per pensionamento nel quinquennio 1999-2003 sono stati 3.388, neanche 1000 all'anno in tutta Italia e nel 2003 meno di 500 (di cui il 17% in Lombardia), con una evidente ripercussione sui nuovi accessi, condizionati anche dal graduale innalzamento del rapporto ottimale verso il massimale, chiesto dai sindacati di categoria per garantire una base minima economica ai medici di medicina generale. ■

(*) Consigliere di amministrazione Enpam



La pace potrebbe nascondersi in fondo ai pozzi

ACQUA, ACQUA, ACQUA SU DUE POPOLI IN GUERRA

Israeliani e palestinesi pongono le risorse idriche al centro del loro sanguinoso conflitto. Motivi politici ed economici ma anche religiosi tra le ragioni del contendere

di **Ezio Pasero**

Secundo gli standard definiti dall'Onu per le risorse idriche, si considerano paesi "a rischio" quelli al di sotto della soglia di mille metri cubi d'acqua all'anno per abitante e paesi di "assoluta povertà" quelli al di sotto dei cinquecento. Una "assoluta povertà" comune a tutto il Medio Oriente: che insieme al Nord Africa costituisce il 10 per cento della superficie terrestre ed è abitata dal 5 per cento della popolazione mondiale, ma che può contare solo sullo 0,4 per cento delle risorse idriche del pianeta. I cittadini israeliani dispongono però attualmente di 380 metri cubi d'acqua all'anno pro capite e la popolazione palestinese della Cisgiordania e della Striscia di Gaza soltanto di 115. Basterebbero questi pochi dati a definire l'enorme importanza strategica delle risorse idriche nella Regione, teatro di un conflitto san-

guinoso che dura in pratica ininterrottamente fin dalla nascita dello stato ebraico. Ma se si considera inoltre che più del 60 per cento dell'acqua utilizzata da Israele proviene dai territori della Cisgiordania e delle Ature del Golan occupati militarmente dalla guerra del 1967, si capisce perché il problema delle risorse idriche sia talmente drammatico, assai più di quello dello stesso futuro della città di Gerusalemme, che israeliani e palestinesi rivendicano entrambi come propria capitale, da essere stato completamente accantonato nelle trattative del piano di pace previste dalla Road Map. Come dire: solo se e quando le due parti avranno raggiunto un accordo assoluto su tutti i temi spinosi e complicati che li contrappongono, solo allora potranno provare a confrontarsi per evitare una nuova guerra, la Guerra dell'Acqua. E sarà un

confronto che rischierà di rimettere tutto in discussione, visto che, come aveva dichiarato il premio Nobel Yitzhak Rabin quando era primo ministro di Israele, «senza accordo sull'acqua non ci sarà nessun accordo». L'acqua che i palestinesi ritengono "rubata" loro da Israele è quella che proviene dalle falde acquifere della Giudea e della Samaria, in Cisgiordania, e dalle alture del Golan, che appartengono alla Siria, dove nascono il fiume Bania, che alimenta il lago Tiberiade, e il fiume Yarmuk, affluente diretto del Giordano; oltre a quella dei fiumi Hasbani e Litani, che hanno origine entrambi nel sud del Libano. Come è noto, l'occupazione di questi territori non è mai stata riconosciuta a livello internazionale, e anzi le Nazioni Unite ne hanno chiesto la liberazione con un'apposita risoluzione, la numero 242, disattesa da Israele, che imporrebbe a quest'ultimo di riportare le proprie truppe entro i confini del 1967. Il governo di Tel Aviv, poi, continua a mantenere il controllo di quelle risorse idriche e il diritto esclusivo al loro sfruttamento con una apposita legislazione promulgata subito dopo la fine della Guerra dei Sei giorni. Per esempio, per quanto riguarda le riserve d'acqua che si trovano sotto le colline della Giudea e della Samaria, è stato vietato ai palestinesi di scavare nuovi pozzi senza l'autorizzazione delle autorità militari israeliane. Tutti limiti e divieti non validi invece per i coloni israeliani della regione, i quali hanno continuato ad aprire pozzi senza alcuna restrizione.

D'altra parte Israele ha più di un motivo per non voler rinunciare all'acqua che si è conquistato. E non si tratta solo di motivi politici ed economici, ma in un certo senso religiosi, legati a valori tradizionali che nessun governo ha la voglia e il coraggio di mettere in discussione. Economicamente, infatti, non ha molto senso destinare una parte così importante delle risorse idriche del paese all'agricoltura: l'acqua viene infatti venduta ai coloni e ai contadini a 15 centesimi di dollaro a metro cubo, vale a dire una parte insignificante dei costi di pompaggio e di trasporto; ma l'intero comparto agricolo incide sul prodotto interno lordo di Israele per meno del 3 per cento, tanto da far dire a Hillel Shuval, esper-

SCHEDA DI GREEN CROSS, ORGANIZZAZIONE NON GOVERNATIVA FONDATA DA MIKHAIL GORBACIOV E RICONOSCIUTA DALL'ONU

- Il volume totale d'acqua sulla terra è di 1.4 miliardi di Km cubi;
- Il volume delle risorse d'acqua dolce è di 35 milioni di Km3, o il 2,5% del totale;
- Di queste risorse d'acqua dolce 24 milioni di Km cubi o il 68,9% è sotto forma di ghiaccio e di neve permanente in regioni di montagna, nelle regioni dell'Antartico e dell'Artico;
- 8 milioni di Km cubi o il 30% è situato sottoterra. Questo costituisce circa il 97% di tutta l'acqua dolce che potenzialmente può essere utilizzata dagli uomini;
- L'acqua dolce contenuta nei fiumi e nei laghi è di 105.000 Km cubi o lo 0,3% del totale dell'acqua dolce mondiale;
- Il totale dell'acqua dolce disponibile per gli ecosistemi e per gli uomini è di 200.000 Km cubi d'acqua, che è l'1% di tutte le risorse d'acqua dolce e solo lo 0,01% di tutta l'acqua della terra.

to idrico dell'Università ebraica di Gerusalemme, che «la maniera più economica di importare acqua sarebbe quella di importare cibo, che è acqua virtuale».

Ma fin dall'inizio del ventesimo secolo, quando il movimento sionista aveva cominciato a guardare alla Palestina per la creazione di uno stato ebraico, si era reso conto del ruolo cruciale che vi avrebbe giocato l'acqua. E David Ben Gurion aveva fatto sua l'ambizione di far fiorire quel deserto con metodi agricoli moderni e irrigazione intensiva. Così, quando lo Stato d'Israele fu ratificato dalle Nazioni Unite nel 1947, il governo si occupò immediatamente di organizzare le risorse idriche della regione.

Uno degli obiettivi principali era quello di convogliare verso sud l'acqua dalle regioni settentrionali intorno al lago Tiberiade (chiamato anche lago Kinneret o Mare di Galilea), alimentate dalla neve e dalle piogge che cadono sulle alture del Golan, per irrigare il deserto del Negev. Negli anni Ottanta, l'acquedotto Kinneret-Negev portava al sud 420-450 milioni di metri cubi d'acqua all'anno, prelevandola appunto dal lago Tiberiade e dall'area circostante. Ora il lago (21 chilometri di lunghezza per 11 di larghezza, 211 metri sotto il livello del mare), famoso per il miracolo evangelico di Gesù che cammina sulle acque, è attualmente sempre più salino e due volte all'anno è colpito dal fenomeno delle fioriture delle alghe responsabili delle maree rosse, a causa di una grave eutrofizzazione.

Il problema più spinoso nel conflitto sulle acque della regione è quello che riguarda l'impiego delle acque del fiume Giordano e dei suoi tributari. Il Giordano nasce dalle Alture del Golan e scorre verso sud fino al lago Tiberiade, dal quale esce per gettarsi poi nel Mar Morto, che non ha emissari. Per gran parte del suo percorso, il fiume scorre lungo il confine tra Giordania e Israele, inclusi i territori occupati della Cisgiordania. Oggi, Israele devia la maggior parte del flusso del fiume. Ma alla fine degli anni Cinquanta, la Giordania aveva progettato una serie di dighe da costruire sugli affluenti del fiume per sostenere l'irrigazione, e aveva iniziato a edificarne una sul fiume Yarmuk, uno dei principali tributari del Giordano, che scorre dalla Siria dapprima lungo il confine fra Siria e Giordania, e poi lungo quello fra Giordania e Israele. Preoccupata sul modo in cui ciò avrebbe potuto compromettere i suoi diritti sulle acque del fiume Yarmuk, e non essendo riuscita a ottenere alcuna garanzia a riguardo dalla Giordania, nel 1964 Israele bombardò la diga ancora in costruzione, in quella che

fu in sostanza l'apertura del fuoco del conflitto arabo-israeliano per l'acqua.

Nella Guerra dei Sei Giorni del 1967, quando occupò le Alture del Golan, Israele si aggiudicò il controllo su quasi tutto il bacino del Giordano superiore. Oggi, l'accesso limitato della Giordania alla risorse idriche della regione fa di essa il paese della Regione con il più basso consumo di acqua pro capite, neppure un terzo di quello di Israele. Così, nonostante il progresso dei negoziati di pace, l'accesso all'acqua continua a essere fonte di grandi tensioni. Ed è rimasta famosa un'affermazione di re Hussein di Giordania: quando nel 1990, al termine di un'estate particolarmente secca, disse che la sola ragione che avrebbe potuto provocare una nuova guerra tra Giordania e Israele sarebbe stata l'acqua. Un'equa condivisione dell'acqua sembrerebbe insomma un autentico imperativo. Ma qualsiasi maggiore richiesta di acqua da parte dei palestinesi si scontra con le esigenze di Israele, che deve trovare 40 milioni di metri cubi l'anno per soddisfare le esigenze di una popolazione che continua a espandersi. C'è chi, cinicamente, intravede una soluzione a non lunghissimo termine in quello che rappresenta invece un problema angoscioso per il destino futuro di Israele. E' il problema demografico: secondo i dati dell'ultimo rapporto annuale dell'American Jewish Committee, infatti, il tasso di fertilità delle madri ebraiche che vivono in Israele è di 2,6 figli per donna, mentre quello delle donne arabe cittadine di Israele è di 4,7 (e quello delle palestinesi di Cisgiordania e Gaza, rispettivamente, di 5,4 e addirittura di 7,4 figli per donna). Così, l'ipotesi più probabile è che nel 2010 la percentuale di ebrei in Israele (senza i Territori occupati) scenda dall'attuale 81 per cento al 79 per cento. Se si considera Israele con i Territori, la percentuale di ebrei prevista per il 2010 scende al 51 per cento. E intorno al 2012, nel "Grande Israele", con l'annessione di Cisgiordania e Gaza, i musulmani sarebbero in maggioranza e nel 2050 diventerebbero addirittura il 75 per cento. ■



PER REGALARE UN SORRISO

L'associazione "Solidarietà Odontoiatrica nel Mondo" nasce ufficialmente il 13 marzo 2002, costituita da un gruppo di volontari e non. Il presidente, Ivano Maraschio, ha partecipato a diversi progetti e, ad aprile, è andato in Brasile per la Conferenza sulla cooperazione italiana allo sviluppo

FINALITÀ DELL'ASSOCIAZIONE

L'associazione si propone di perseguire esclusivamente finalità di solidarietà attraverso progetti di cooperazione internazionale nel campo di quella che viene, anche scientificamente, definita salute orale, basati sul volontariato, in favore di comunità bisognose di ogni parte del mondo, mediante la promozione di una cultura della solidarietà tra i popoli, finalizzata alla crescita del livello di salute; l'elaborazione e realizzazione di programmi di educazione e prevenzione orale; la realizzazione/installazione di strutture odontoiatriche ex novo, o ripristino di strutture inadeguate; la formazione di personale sanitario odontoiatrico locale di livello intermedio o ausiliario; la formazione culturale e professionale del personale utilizzato nei programmi e nelle attività gestite dall'Associazione; la sensibilizzazione dei beneficiari delle attività dell'Associazione a raggiungere il massimo livello di autonomia nella gestione di servizi di salute orale.

L'originalità del modello e la for-

za dei progetti della SOM, consistono nel coinvolgimento/sostegno di soggetti pubblici, privati e volontari italiani allo scopo di replicare nel Paese beneficiario del progetto la partecipazione di soggetti analoghi, che possano garantire la continuità del progetto stesso, in forma autogestita con le risorse umane e finanziarie del luogo.

La SOM attua i propri progetti nel settore sanitario odontoiatrico, privilegiando la "prevenzione", la "formazione" di personale ausiliario del luogo, l'"attuazione" del progetto stesso in tempi brevi, "l'autogestione".

VALUTAZIONE DEL PROGETTO

Ogni progetto viene preceduto dall'effettuazione di un'indagine epidemiologica, con scheda OMS modificata, su bambini di 6-12-15 anni, i cui dati vengono rielaborati ed inviati alle competenti istituzioni del Paese, e screening su tutti i bambini beneficiari del progetto.

In tutti i progetti della SOM viene applicata la TECNICA ART (Atraumatic Restorative Treatment), tecnica considerata dall'OMS un must ormai da 10 anni, perché adatta al trattamento dei pazienti sia in Paesi in via di sviluppo sia nelle sacche di povertà, anche del mondo occidentale, sia perché di basso costo, sia perché non richiede l'impiego di apparecchiature sofisticate né di corrente elettrica, sia perché utilizza un materiale di otturazione (cemento vetroionomerico) con carat-

teristiche di carioresistenza.

I criteri fondamentali che determinano la scelta di un progetto sono legati allo stato di povertà e bisogno di una popolazione (indicatori delle condizioni di vita), all'indice DMFT (Decayed - Missing - Filled Tooth), al SIC (Significant Caries Index), all'affidabilità dei partners locali.

NUOVE LINEE DI ATTIVITÀ

Attualmente l'associazione sta lavorando a questi nuovi progetti: 1) in Mozambico ad Homoine. I soci SOM dott. Stefano Mirenghi (capo Progetto) e dott. Roberto Trivelli hanno nell'agosto 2004 compiuto lo studio di fattibilità.

I beneficiari del Progetto sono circa 21500 bambini delle scuole primarie sia abitanti nella città di Homoine che nelle aree rurali dello stesso distretto.

2) a Sao Luis (Maranhao - Brasile): Progetto "BOCA BACANA" nella vila Sà Viana (con la probabile inclusione anche di Vila Nova) in collaborazione con l'Istituto Ayrton Senna l'Università UFMA il SESC del Maranhao, l'Unione Moradores di Sà Viana 3) a Paulo Afonso (Bahia, Brasile): in collaborazione con Padre Celso Anunciação della Parrocchia di San Francisco. Il Progetto avrà inizio nel 2006.

E' proprio per attuare questi nuovi progetti che la SOM è sempre alla ricerca sia di risorse finanziarie che di nuovi volontari per affiancare i soci che già si adoperano. ■



PER INFORMAZIONI SOM Onlus

Tel. 0141 31716 (dott. I. Maraschio);
info@somonlus.org; www.somonlus.org

A Roma la Giornata nazionale del respiro

MA È PROPRIO PULITA L'ARIA CHE RESPIRIAMO?

Il 56 per cento degli italiani crede proprio di sì

I 56% degli italiani è convinto di respirare aria non inquinata e solo poco più di un decimo della popolazione giudica negativamente la qualità dell'aria ed è convinto della presenza di livelli elevati di smog. E' ciò che emerge da una ricerca Cnr-Demoskopea, in occasione della Giornata Nazionale del Respiro, organizzata a Roma dall'Associazione Italiana Pneumologi ospedalieri (Aipo). "I polmoni come filtro" sarà il tema portante della giornata indetta per promuovere la salute dell'apparato respiratorio che è arrivata quest'anno alla sua undicesima edizione.

"Anche se dal 1990 al 2002 l'emissione di PM10 si è ridotta di circa il 30% - dice Bruno Agricola, direttore generale per la salvaguardia ambientale - i livelli sono ancora elevati: nel 2002 l'Italia ne ha immesse ben 231,1 tonnellate. Di conseguenza - aggiunge - la qualità dell'aria delle città italiane è ancora pesantemente influenzata dalla presenza di PM10 e si attesta su concentrazioni al di sopra dei limiti raccomandati". Eppure, da quanto emerge dal sondaggio Cnr-Demoskopea, il 56% degli italiani non sembra convincersene. Solo un ulteriore terzo, dichiara di essere consapevole che talvolta l'aria non è molto pulita, ma crede che l'aria che respira non è né bene né male. Solo il 12% sa di respirare aria inquinata. Il 45% degli intervistati riferisce inoltre di non ricorrere ad alcuna 'contromisura' per difendersi dallo smog e un 7% non sa che fare.

I risultati dell'indagine forniscono agli organizzatori una motivazione in più per ribadire l'importanza della prevenzione sulle malattie respiratorie, definite un gravissimo problema sanitario e sociale. In Italia si contano circa 2,5 milioni di pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) e 1.730.000 asmatici, mentre ogni anno vengono diagnosticati tra i 35 e i 40 mila nuovi casi di tumore polmonare. Le malattie respiratorie croniche sono attualmente all'ottavo posto quale causa di morte, ma sono destinate a raggiungere entro il 2020 la quarta posizione. Gli Pneumologi italiani, per questa ragione, premono per favorire la diffusione della spirometria, un esame semplice per diagnosticare per tempo la Bpco e promuoverne la prevenzione. Molte le iniziative organizzate nelle centinaia di Unità di Malattie respiratorie che hanno celebrato la giornata del respiro e che si possono consultare ai siti www.aiponet.it e www.pneumologiospedalieri.it. Tra le iniziative che impegnano gli pneumologi, anche quelle volte al riconoscimento della Bpco, principale malattia cronica respiratoria, quale malattia invalidante. ■

IDENTIKIT DEL MEDICO nella notte dei tempi

"Onoralo ben prima di avere bisogno di lui. Egli ha in se una parte di Dio". La massima proviene dal Talmud. La Scuola di Alessandria

“Onora il medico, ben prima di aver bisogno di lui. Egli ha in se una parte di Dio". Questa affermazione proviene, come altri suggerimenti medici, dal Talmud, la raccolta di insegnamenti tratti dallo studio della sacra scrittura (Torah), composto, nelle due versioni conosciute, quella di Gerusalemme e quella Babilonese, tra il II sec. a. C. ed il VI sec. d.C.. Per quanto riguarda la storia più antica del popolo ebraico, quella a cui fa riferimento la stessa Bibbia, la figura del medico è pressoché assente, e la guarigione viene quindi affidata alla pietà divina ("Io sono il Signore che ti guarisce"; Esodo 15, 26). Molte delle più antiche credenze assiromabilonesi furono infatti assimilate dalla religione ebraica, come il principio del male visto come castigo divino, talvolta conseguenza del peccato. Quindi per gli Ebrei era Dio che procurava e poteva guarire ogni malattia.

Al contrario della civiltà mesopotamica però erano poche le pratiche magiche che si attuavano per scongiurare il male anche perché la cultura ebraica non considerava l'uomo soggetto all'influenza di demoni e spiriti maligni. Col tempo vediamo poi apparire la figura del guaritore (rofè) che poteva comunque intervenire come strumento della volontà divina. Nei dettami della legge mosaica troviamo fissate delle regole, interpretabili più come veri e propri tabù, alla cui base si possono osservare imprescindibili espedienti preventivi soprattutto di tipo igienico: la proibizio-

ne di alcuni cibi, ad esempio la carne di suino o la carne non dissanguata, la circoncisione e le abluzioni, la separazione dei sani dai malati, la purificazione del corpo e l'imbalsamazione dei cadaveri. Venir meno a questi dettami non solo metteva a rischio la salute dello sventurato e della comunità, ma faceva del colpevole un essere "impuro". Il controllo che queste regole igieniche fossero rispettate era appannaggio dei sacerdoti, che si facevano quindi interpreti della potenza di Dio. Ogni buon ebreo doveva osservarle, divenendo a sua volta custode e maestro di una medicina per così dire "casalinga". Un lungo passo di Isidoro di Siviglia (560-636 d. C.), autore di una enciclopedia in venti libri, l'Etymologiae, in cui il IV libro è dedicato proprio alla Medicina, ci delinea l'identikit del buon medico, conoscitore di molte arti, che deve talvolta applicarle in maniera a dir poco in-

novativa: "Si chiede da alcuni perché l'arte della medicina non sia compresa tra le discipline liberali. Per questo motivo: che quelle trattano argomenti individuali, mentre la medicina li abbraccia tutti. Al medico si conviene che conosca la Grammatica, affinché sia in grado di capire e di esporre ciò che legge. Così come la Retorica, affinché sia capace di definire con argomenti validi le malattie che esamina. Inoltre la Logica, perché sappia scervere e curare le cause dell'infermità con l'aiuto della ragione. Pure l'Aritmetica per il computo delle ore nei parossismi e dei giorni nei periodi di malattia. Nello stesso modo la Geometria, per le proprietà delle parti e la posizione dei punti, dei quali insegnerà ciò che è opportuno osservare. La Musica inoltre non gli sia ignota, giacché si legge che questa disciplina ha risolto molti casi di malattie, come fu di David che guarì Saul dallo spirito immondo con l'arte della melodia. Anche il medico Asclepiade (II-I sec. a. C.) ristabilì un uomo soggetto a frenesia facendogli ascoltare della musica. Infine conosca l'Astronomia, per mezzo della quale potrà contemplare il sistema delle stelle ed il mutare delle stagioni, dal momento che, come afferma un medico, i nostri corpi cambiano con le proprietà dei cieli. Per questo la Medicina è chiamata seconda filosofia, poiché entrambe le discipline sono complementari all'uomo". La conoscenza medica ebraica nel tempo si andrà affinando, con la frequentazione delle accademie, come la Scuola di Alessandria, che già a partire dal IV sec. a. C. era nota come centro di cultura scientifica e studio dell'anatomia umana. Verranno usati rimedi e medicinali provenienti dal mondo animale e soprattutto vegetale, cosicché il ruolo del medico sarà sempre meno religioso, assumendo le funzioni di specialista laico. ■



La fontana del Mosè a Roma

di Fabio Astolfi

SCRIGNI D'ARTE a due passi dall'Enpam

Nel recarsi alla Fondazione ENPAM il medico, consapevole della centralità della zona in cui si trova l'edificio, può avere il piacere di fare pochi passi e trovarsi ad ammirare alcuni splendidi esempi di arte cinque-seicentesca, in quel particolare periodo di rinnovamento urbanistico e di attività artistica che venne attuato nella città dal pontificato di Papa Sisto V (1585-90). Questo programma di urbanizzazione interessò soprattutto la zona della piazza di San Bernardo, allora desolata collina romana ricca dei resti delle antiche Terme di Diocleziano. Sisto V iniziò dall'adduzione dell'acqua, comprando a Palestrina, dai Colonna, una sorgente idrica. L'assenza dell'acqua sul rione Monti, come in altre zone di Roma, era dovuta alla perdita col tempo delle principali vie di approvvigionamento idrico. Venne costruito così un lungo acquedotto e fu inaugurato con la creazione della mostra dell'Acqua Felice, facciata maestosa realizzata su progetto di Domenico Fontana. Nei pressi si trova l'attuale via XX Settembre, chiamata in precedenza via Pia, voluta da Pio IV (1559-1565) che ripete il tracciato dell'antica Alta Sèmita, di età imperiale. Altro grande intervento sistino fu la realizzazione dell'importante asse viaria che interseca la via Pia e collega Santa Maria Maggiore a Trinità dei monti: la via Felice (oggi via Quattro Fontane - via Sistina). Proprio sull'incrocio di questi due assi viari si trovano, negli smussi angolari dei palazzi, quattro splendide fontane che sottolineano l'importanza dell'incontro dei due viali.

Dopo la Controriforma Roma tor-

nò alla rinnovata consapevolezza di avere il ruolo di sede del rappresentante di Dio in terra e ciò spinse il papato a cancellare i segni del lungo abbandono che versavano tante chiese della città, abbattendo quelle pericolanti e riadattando le altre alle nuove regole religiose. Spesso veniva usato il piccone per togliere completamente dai muri mosaici troppo rovinati per essere restaurati, ma l'opera che si veniva a sostituire si fondeva con l'antico preesistente molto di più della fredda manualità dei restauratori dell'Ottocento e del Novecento.

Per Sisto V era suo sacro dovere trasformare Roma nella più moderna e attraente città del cristianesimo. Magnifico esempio di trasformazione manieristica è la chiesa di Santa Susanna, situata di fronte alla chiesa di San Bernardo, sulla via Pia. L'antica basilica paleocristiana era denominata ad duas domos (presso le due case), forse perché costruita sul luogo dell'abitazione di santa Susanna e del papa Caio, suo fratello. Ridotta ad una navata, fu affidata da Sisto V alle monache cistercensi e restaurata sotto la committenza del cardinale vicario Rusticucci, titolare della chiesa e protettore dell'Ordine cistercense. Carlo Maderno è autore della facciata, prototipo dell'arte barocca, ricca di chiaroscuri per le colonne alveolate dell'ordine inferiore. La decorazione interna è l'elemento che più affascina, con gli affreschi della navata che narrano le storie di Susanna, ed è opera di Baldassarre Croce, pittore poco noto ma che lasciò qui i suoi più grandi capolavori. I suoi affreschi sono perfettamente conservati, integri, inqua-

Dopo aver verificato la propria posizione previdenziale, e lasciati gli uffici dell' "accoglienza" a Via Torino, gli iscritti possono ammirare, nella direzione di Via XX Settembre, la chiesa di Santa Susanna che deve la facciata a Carlo Maderno

drati come finti arazzi, come se fossero stati stesi sul muro con le relative pieghe, con grandi bordure e frange dorate. Questi "arazzi" sono spartiti da enormi colonne tortili gialle e oro dipinte da Matteo da Cesena, che creano un movimento illusorio e annullano i limiti reali delle pareti ridefinendoli con i dipinti delle architetture e dei paesaggi. ■

STORIA E ARTE

di Serena Bianchini



Mostre ed esposizioni in Italia a cura di Anna Leyda Cavalli

**Madonnine agghindate.
Figure devozionali vestite**

ANGHIARI (AR)

fino al 18 settembre 2005

Esposizione composta di sessanta figure devozionali, recuperate per la prima volta nel territorio aretino da sacrestie, depositi e intercapedini di chiese e conventi di ordini femminili.

Museo Statale di Palazzo Taglieschi
telefono: 0575 788001

**Da Rembrandt a Morandi.
Capolavori dell'incisione
dalla collezione Tosio Martinengo**

BRESCIA – fino al 4 settembre 2005

La mostra è una selezione di sessanta opere di altissimo valore artistico appartenenti al periodo compreso tra il XV e il XX secolo.

Pinacoteca Tosio Martinengo
telefono: 0438 21306

**Nel segno di Guercino. Disegni dalle
collezioni Mahon, Oxford e Cento**

CENTO – fino al 31 luglio 2005

Questa è la prima tappa di una suggestiva esposizione itinerante che approderà anche al Leighton House Museum di Londra ed al Prado di Madrid.

Pinacoteca Civica

Picasso. La seduzione del classico

COMO – fino al 17 luglio 2005

Centotrenta opere tra dipinti, disegni, arazzi, sculture e ceramiche testimoniano l'interesse dell'artista spagnolo per la figura e la cultura classica.

Villa Olmo telefono: 031 252402

**Maria de' Medici, una principessa
fiorentina sul trono di Francia**

FIRENZE – fino al 4 settembre 2005

L'esposizione offre un ritratto inedito di Maria de' Medici e ricostruisce il clima della corte medicea degli ultimi decenni del Cinquecento.

Palazzo Pitti - Museo degli Argenti
telefono: 055 2654321

**Il numero e le sue forme: storie
di poliedri da Platone a Poincaré
passando per Luca Pacioli**

FIRENZE – fino al 9 ottobre 2005

L'esposizione è una sorta di un avvincente percorso tra le forme dei numeri, dalla codificazione di Euclide alle so-

glie della geometria non euclidea.
*Istituto e Museo
di Storia della Scienza*
telefono: 055 265311
www.imss.fi.it

Cibi e sapori del mondo antico

FIRENZE – fino al 15 gennaio 2006

La mostra segue un percorso cronologico molto ampio dall'Egitto faraonico all'antica Roma attraverso le abitudini alimentari degli antichi (i cibi, i condimenti e le bevande, i metodi usati per la conservazione e cottura) e gli usi conviviali.

Museo archeologico nazionale
telefono: 055 23575
www.firenzemusei.it/archeologico

Giappone. L'arte del mutamento

GENOVA – fino al 21 agosto 2005

Grande esposizione articolata in quattro mostre tematiche, dedicata alla civiltà giapponese, una delle culture che maggiormente ha saputo svilupparsi assorbendo stimoli provenienti dall'esterno senza mai perdere l'essenza della propria natura.

Palazzo Ducale
telefono: 010 5574004

Tiepolo, Piazzetta, Canaletto, Guardi...

PADOVA – fino al 24 luglio 2005

Mostra interamente dedicata alla raccolta di disegni di Giuseppe Fiocco, uno dei

più grandi storici dell'arte italiani del secolo scorso.

Musei Civici agli Eremitani
telefono: 049 8204551

Convivium.

'aristocrazia romana a tavola

RAVENNA – fino al 9 ottobre 2005

Mostra archeologica allestita nella chiesa trecentesca di San Nicolò con una rassegna molto ampia di mosaici, arredi e reperti provenienti da Ravenna e da prestigiosi musei italiani.

Chiesa di San Nicolò
telefono: 0544 213371
www.ravennantica.it

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

RIMINI – fino al 4 settembre 2005

Grande esposizione dedicata all'imperatore Costantino il Grande, figura estremamente complessa e contraddittoria dell'antica Roma.

Castel Sismondo
telefono: 0541 783100

Futurismo in Sicilia (1914 -1935)

SIRACUSA – fino al 16 ottobre 2005

La mostra presenta, assieme a opere importanti e già note, anche numerosi dipinti inediti, mettendo in luce gli intriganti intrecci che legano il Futurismo siciliano alle altre espressioni del futurismo nazionale.

Chiesa del Carmine
telefono: 0942 625197

Rileggere l'antico.

**Proposte di rilettura dell'apparato
decorativo di Villa Adriana**

TIVOLI (RM)

fino al 25 settembre 2005

La mostra espone una selezione di materiali rinvenuti a seguito delle recenti indagini di scavo, che hanno interessato le tre importanti strutture dell'Edificio a Tre Esedre, dell'Antinoeion e del Teatro Greco di Villa Adriana.

Villa Adriana
telefono: 06 39967900

**...il fin la meraviglia. Splendori
di corte e scena urbana**

**tra Sei e Settecento dalle
Collezioni del Museo di Roma**

TORINO – fino al 3 luglio 2005

La mostra intende illustrare alcuni dei momenti più significativi ed affascinanti della vita pubblica di Roma barocca.

Fondazione Accorsi
telefono: 011 8129116
www.fondazioneaccorsi.it



*Claude Monet,
L'hotel des Roches noires
(particolare)*

< Pubblicità >

< Pubblicità >

< Pubblicità >

< Pubblicità >

Parliamo un po' delle nuove leve di adulti

Giovani e salute: il rapporto con il corpo

Anzitutto andrebbe chiarito che sono un'entità sociale tipica della società moderna. Allora, che cosa significa oggi "non avere l'età" e quali immagini circolano veramente nella realtà

di Antonio Gulli (*)

Parlare delle nuove leve di adulti che chiamiamo giovani non è facile. Nonostante tutto si potrebbe esclamare: Giovani? Vecchia storia! Avere qualche anno in più e qualche libro letto alle spalle induce al ricordo di quanto scritto da Musil a proposito dei "turbamenti del giovane Torles", oppure a quanto scritto da Schumpeter, secondo cui l'adolescenza è, per antonomasia, il momento magico del senso del destino e del "progetto di vita" o dell'original vision. Solo per rimanere ai contemporanei i ricordi corrono a Cahan, quando parla della fase giovanile come di un'odissea o a Faeti che assimila il giovane alla figura retorica dell'ossimoro, in cui sotto le sembianze di uno stolto si cela un individuo dall'acuta intelligenza. La gioventù può essere, secondo Savater – avendo in mente le peripezie di Jim Hawkins – un "mondo polivalente", oppure, quel periodo in cui "la cecità e la tristezza fresca che deriva dall'accendersi dei sensi" si impossessa del tempo della vita, come nell'opera di Gozzano. In generale, alla domanda cosa è la gioventù si potrebbe rispondere che essa è l'espressione di una aspettativa sociale di durata, ovvero di un tempo che unisce il suo durare alla problematicità

intrinseca che si lega allo svolgimento dei compiti che designano l'essere "adulto"; e il giovane una "configurazione sociale" talmente incarnata nella cultura e nella storia da potersi ritenere oramai un'espressione "autentica e naturale".

Ma cosa significa essere giovani oggi e quali immagini della gioventù circolano nella nostra realtà sociale? Qual è, ad esempio, il loro rapporto con la salute? Per rispondere in maniera sintetica al primo interrogativo si può dire che non esiste il giovane quanto i giovani. Infatti, questa fascia sociale non è possibile ascriverla né all'interno di un'unica unità sociale né è possibile catalogarla attraverso un comune universo di riferimento. In effetti, così come è possibile leggere nei contributi più autorevoli, come ad esempio quello di Cavalli, i giovani non sono una classe sociale, in quanto non hanno una collocazione all'interno della struttura economica; non sono una classe di età, in quanto la loro condizione è largamente slegata dai processi di maturazione biologica; non sono un gruppo sociale, anche se rappresentano la base sulla quale si formano i gruppi e i movimenti sociali. Ma una cosa sicuramente sono: una entità sociale tipica

delle società moderne.

Infatti è bene ricordare che la gioventù è una costruzione sociale che si è diffusa nell'ultimo secolo e che ancora oggi non è presente in tutte le aree del pianeta. Per quanto riguarda il loro rapporto con la salute, in generale, si può affermare che – al pari degli adulti – nei loro atteggiamenti e comportamenti concreti è possibile individuare la separazione tra quella che è la concezione della propria salute personale e il valore che si accorda alla salute tout court.

Se è vero che per molti di loro "essere in salute" significa non avere malattie e che assegnare un alto valore alla salute significa sentire il senso di colpa verso quei comportamenti che possono far sorgere problemi; per altri versi è anche vero che per una larga fetta dei giovani "essere in salute" significa anche possedere un osservato equilibrio psico-fisico correlato a comportamenti di tipo preventivo. In sintesi, i giovani, al pari degli adulti, ritengono che la salute sia una cosa importante ma, al di là degli atteggiamenti generali, pochi fanno seguire, a questo riconoscimento di valore, azioni concrete. Infatti, la risposta più gettonata da parte dei giovani è "La buona salute è certamente importante anche se

Non esiste
"il giovane"
quanto
"i giovani".
La gioventù
è una
costruzione
sociale
diffusa
nell'ultimo
secolo

(segue a pag. 44)

(continua da pag. 43)

qualche volta dovrei essere più prudente”.

Non bisogna dimenticare che queste caratteristiche generali sottostanno, tra l'altro, a fattori quali: il luogo in cui si vive, l'età posseduta dai soggetti; l'origine sociale in termini di status socio-professionale dei genitori, livello di istruzione e, non ultimo, il tipo di “capitale sociale” da questi e dagli stessi giovani posseduto. Ma se questo in generale è il rapporto che i giovani intrattengono con la propria salute, aspetto su cui magari in altro momento sarebbe interessante ritornare, quale rapporto,

Il corpo è plasmato non solo dal bios e dal sociale ma anche - e forse più di tutto - dalla cultura

quale funzione e quale significato ha il “luogo” in cui la salute abita? Non c'è dubbio: il rapporto con il corpo varia non soltanto in ragione dell'età ma anche in ragione del fatto che esso, oltre ad essere una presenza fisica, è un prodotto culturale.

Scriveva più di cinquant'anni fa Marcel Mauss, nel saggio *Le tecniche del corpo*, che “La posizione delle braccia, quella delle mani, mentre si cammina, costituiscono una idiosincrasia sociale e non semplicemente il prodotto di non so quali congegni e meccanismi puramente materiali”. Per molti aspetti è pure così. Ma una riflessione può essere fatta propria: il corpo è plasmato non

solo dal bios e dal sociale ma anche - e forse più di tutto - dalla cultura. Esso rappresenta la sintesi dell'incontro tra natura e cultura costituendone il confine. Di fatto, la cultura plasmando il corpo non solo lo sottrae alla natura ma, a ben vedere, lo affranca anche dalla contingenza storica. Nel senso di presentarsi come il depositario di un risultato faticoso di anni di apprendimento, di modi di fare e di “voler essere”, di automatismi ereditati dall'infanzia e consolidatesi nel tempo, quasi da sembrare naturali. Ma il corpo, seppur espressione dell'appartenenza sociale e culturale, rimane comunque un “dato” naturale.

Il ciclo nascita, invecchiamento e morte lo segnano e così facendo dà scacco alla cultura “naturalizzandola”, e così facendo lo rende la parte più conformista in nostro possesso. Ma incurante delle variazioni culturali etniche o di classe, il corpo è lì a raccontarci del tempo e del nostro stretto legame di appartenenza. Come scrivono Berger e Luckmann, “Come ogni organismo animale l'uomo è un corpo, ma, a differenza delle altre specie, l'uomo ha un corpo” e quindi questo non può che diventare espressione della collettività che lo accetta, lo censura, lo filtra lo cancella. E se quanto detto possiede un fondo di verità, ciò diventa ancora più vero se si pensa a una persona che vede il proprio corpo cambiare a ritmi - a volte violenti - fino a trasfigurarlo in un'altra persona. In un altro a lui estraneo.

Non si deve pensare solo alla devastazione di cui può essere oggetto quando aggredito dalla malattia a ogni età della nostra vita: si può pensare anche al dominio di esso sulla persona che lo abita anche solo ricordando la comparsa della barba o la crescita del seno; lo sviluppo dell'altezza o il cambiamento del proprio

timbro di voce. Uno degli aspetti più sottolineati, infatti, quando si parla di adolescenza, è il cambiamento avvenuto, o in corso di completamento, del proprio aspetto esteriore.

Con la fine della fase puberale il soggetto si trova alle prese con una rinnovata caratterizzazione di sé e con il possesso di facoltà biologiche - si pensi all'eiaculazione per il ragazzo e al mestruo per le ragazze - che prima non si possedevano. Il corpo - e con questo il proprio sentire e percepirsi - si trova al centro di cambiamenti tanto rapidi e disorientanti che il soggetto, se

La cultura plasmando il corpo lo sottrae alla natura e lo affranca dalla contingenza storica

non sufficientemente sostenuto, può trovarsi all'interno di una doppia contingenza negativa: quella di non riconoscersi e quella di non essere più riconosciuto. Ma c'è di più.

Il problema del corpo in un giovane individuo - per le ragioni appena accennate poco sopra - non subisce le “ingiurie degli anni”, così come potrebbe lamentarsi un adulto, quanto quelle dei modelli sociali e culturali che lo mercificano. Anche quando queste tendenze si propongono come fine lo stare bene “con se stessi e con gli altri”, come in molte correnti che caratterizzano la new age, oppure quando promettono a tutti

corpi scolpiti e liberi da imperfezioni.

Sappiamo abbastanza di quanto, specialmente per un giovane, il corpo sia prima di tutto un simbolo. Da rifiutare o da ostentare; comunque un mezzo di comunicazione potente attraverso il quale far sapere agli altri chi si è o di quale gruppo si fa parte. Il rapporto identitario è rilevante quanto l'accettazione che ne può discendere. Incorporata, la cultura perde il suo carattere "accidentale" per diventare "necessità" e con ciò diventare "datità e appartenenza". Cioè risposta forte e continua ai bisogni di riconoscimento e autonomia. E questo aspetto, molto spesso, non trova una congiunzione con la scienza. Quasi che entrambi si muovano lungo percorsi separati e sulla spinta di sollecitazioni e tempi sfasati. Il controllo e la

"medicalizzazione" progressiva dello spazio sociale, a volte, più che sanare il rapporto tra giovane e corpo, attraverso il suo "mantenerlo in salute", rischia di acuire il conflit-

to facendo aumentare le asimmetrie in base ai ceti, i gruppi e i sessi. Forse può essere più utile muoversi obliquamente, procedendo per tentativi e addentrandosi anche in zone ete-

rogee. L'estensione della scolarità, l'aumento delle difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro, l'espansione dei consumi e delle mode giovanili, la diffusione dell'abitudine del viaggiare, da una parte; insieme al lento progredire delle piaghe sociali quali la droga e la delinquenza, dall'altra, hanno variegato il mondo giovanile ma non hanno deposto l'adulto come riferimento significativo. E a maggior ragione quando questo "adulto significativo" è sostenuto da una coerente comunicazione tra le varie agenzie di socializzazione tra cui la scuola, i media e la famiglia mi piace ricordare che i giovani ci guardano anche quando sono intenti a fare altro. ■

(*) *Ricercatore presso la facoltà di Sociologia dell'Università La Sapienza di Roma*

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".

Firenze

La deontologia e il dolore

L'Italia resta all'ultimo posto per l'uso di oppiacei fra i Paesi industrializzati, nonostante un buon incremento negli ultimi due anni. In Toscana invece è più che raddoppiato il consumo di oppiacei, segno evidente di una organizzazione sanitaria più efficiente, di una maggior sensibilità dei medici alla cultura del trattamento della sofferenza e delle scelte della Regione che, prima in Italia, ha consentito la concedibilità di molti farmaci per il trattamento del dolore. Questa è certamente una buona notizia e i nostri esperti vi si sono soffermati, pur proponendo ulteriori interventi per migliorare ancora la qualità della vita dei pazienti. L'Ordine si associa alla richiesta di abolizione completa del ricettario speciale, ormai del tutto inutile, pur riconoscendo che i lacci e i laccioli burocratici, che tanto hanno inciso sull'utilizzo degli oppiacei, talora possono aver costituito quasi un alibi per una cultura medica purtroppo arretrata rispetto all'evoluzione delle conoscenze e alle richieste dei pazienti e della società.

Infatti, al di là dell'introduzione di maggiori conoscenze sul trattamento del dolore durante il corso universitario, ciò che occorre è la diffusione della cultura del trattamento del dolore, che faccia sentire al medico la responsabilità di "sedare dolorem" come atto prima deontologico che clinico.

Una volta che il dolore acuto abbia contribuito a indirizzare il processo diagnostico, il dolore in qualsiasi sua forma è sempre inutile, in particolare quello cronico, e quindi è inutile soffrire dopo qualsiasi intervento medico ed è obbligo del medico eliminare la sofferenza.

In conclusione il medico, nel recuperare il rapporto umano con il paziente e olistico con la persona, non può non tener conto, nell'ambito della cura, della qualità della vita di chi chiede il suo aiuto e indubbiamente il dolore, in ogni sua forma, incide negativamente e pesantemente sul vissuto individuale. I nostri esperti ci hanno infine ricordato l'importanza della misurazione del dolore. Non è il medico che decide quanto soffre il paziente, non può essere che lo stesso paziente, per cui la misurazione del dolore deve entrare in ogni cartella clinica come la misurazione della febbre o della pressione, ed è considerata nella medicina basata sulle evidenze come un dato certo per la valutazione della sofferenza e il successo della cura. La misurazione del dolore deve entrare anche nel bagaglio dei medici generali, il cui ruolo in questa vicenda è fondamentale non solo sul piano clinico ma per rendere i cittadini con-

sapevoli dell'esercizio di questo loro diritto a non soffrire. Il trattamento del dolore si fonda ancora sulla scala dell'OMS, che tutti hanno considerata strumento indispensabile. Tuttavia il trattamento deve essere precoce, preventivo (non soltanto al bisogno), fondato sull'intensità e sulla permanenza del dolore, semplice e facile come somministrazione per consentire il coinvolgimento della famiglia del paziente, flessibile e modificabile sempre. Inoltre diversa è la rispondenza ai farmaci di ciascun paziente, anche per motivi genetici. Tutto ciò porta alla necessità di disporre di un maggior numero di molecole di oppiacei anche per favorirne l'eventuale rotazione in particolari pazienti. L'introduzione dell'ossicodone nell'elenco dei farmaci concedibili rappresenta quindi un ulteriore passo avanti in questa direzione anche per alcune comprovate caratteristiche del farmaco e perché costituisce senz'altro un ulteriore vantaggio rispetto alla morfina e ai suoi succedanei. Inoltre i farmaci a rilascio controllato sono più utili nel trattamento del dolore cronico. In conclusione tutti i medici, insieme agli Ordini e alle Università, devono impegnarsi in un'opera di adeguamento della cultura professionale a questa richiesta sociale. Non possiamo pretendere di cancellare la sofferenza, di per sé impossibile, ma possiamo tendere ad eliminare, nei limiti della moderna disponibilità di cure, il dolore fisico, che tanto negativamente incide sulla qualità della vita.

A cura di Antonio Panti

Messina

L'utente-paziente nella Sanità italiana

L'Ordine dei medici di Messina sta definendo il programma del secondo convegno nazionale sui temi della Sanità, dopo il lusinghiero esito dell'appuntamento 2004 che con la "Carta di Messina" ha messo a fuoco le questioni inerenti la centralità del paziente oncologico investendo del problema il Comitato nazionale di bioetica, attraverso il sottosegretario Antonio Guidi. Questa volta si vorrebbe puntare agli aspetti organizzativi per contribuire a migliorare il rapporto paziente-struttura, sia essa ospedale o casa di cura privata, dal momento che molto c'è da innovare sui percorsi operativi nell'ottica di un'auspicabile "customer satisfaction". A presiedere i lavori, ancora il sottosegretario al Ministero della Salute On. Guidi; moderatore, il presidente dell'Ordine nazionale dei giornalisti Lorenzo Del Boca. Appendice alla manifestazione la consegna delle "Borse di studio Silvana Romeo Cavaleri" che quest'anno interessano gli studenti dei due licei classici cittadini, Mau-

rolico e La Farina. Titolo del convegno: “L'utente-paziente nella sanità italiana, ovvero: non tutto quello che può essere contato conta e non tutto quello che conta può essere contato”.

Bologna

Le relazioni pericolose

Una delle più recenti iniziative per migliorare la qualità della vita nel nostro territorio è stata l'istituzione del “naturopata” ovvero di un operatore non sanitario che sarà autorizzato ad operare in ambito educativo, preventivo e assistenziale per riconoscere squilibri psico-fisici-emotivi e proporre metodiche dolci per il ripristino dell'equilibrio del benessere. Riteniamo opportuno sottolineare che è necessario agire con grande prudenza cercando di ottenere un confronto e una integrazione tra i vari operatori sanitari e non sanitari. La normativa permette di affidare a dei non medici, per quanto formati, l'utilizzo di rimedi di fitoterapia, integratori alimentari e olii essenziali.

Immaginiamo, ad esempio, cosa potrebbe avvenire in un paziente al quale vengono prescritti dal medico farmaci diuretici, anticoagulanti orali, ormoni tiroidei e, successivamente, utilizzati dei rimedi fitoterapici senza una reciproca e approfondita conoscenza del quadro patologico che è propria del medico. Sappiamo, infatti, che numerose sostanze fitoterapiche sono dotate di una significativa azione farmacologica come l'Erba aralda (*digitalis purpurea*), la *Rauwolfia serpentina benth* (dalla quale si ottiene la reserpina e la ajmalina), o la Segale cornuta (da cui si estrae un alcaloide di cui un gruppo dà l'ergotamina). Potrebbe essere opportuno, conseguentemente, una più attenta ed allargata riflessione su queste attività e l'utilizzo di codesti rimedi per poi non rammaricarsi di eventuali relazioni o peggiori interazioni (farmacologiche) pericolose.

Bergamo

Riconoscimento cause di servizio

Gli accertamenti medico-legali effettuati dall'Inail, sulla base di convenzioni stipulate con aziende a fronte del pagamento di corrispettivi, connessi alle istanze di riconoscimento di “cause di servizio” presentate da lavoratori dipendenti in relazione ad infortuni, stati di infermità, inabilità assoluta o permanente, devono essere assoggettati ad IVA. Si tratta infatti di prestazioni preordinate al riconoscimento o meno di benefici economici nei confronti del personale e non finalizzate alla tutela della salute di detto personale. Qualora tuttavia l'Inail renda, sulla base delle convenzioni, prestazioni mediche aventi una finalità terapeutica o di prevenzione, queste fruiscono dell'esenzione: è il caso dei controlli medici eseguiti sui lavoratori a scopo profilattico o al fine di stabilirne l'idoneità fisica, cioè se lo stato di salute consenta lo svolgimento di determinate mansioni ovvero il rientro al lavoro.

Milano

Avvocatura dello Stato e Corte di Giustizia Europea.

Tariffe professionali: minimi a norma europea

La inderogabilità ai minimi tariffari professionali non sarebbe contraria al diritto comunitario, essendo compatibile la determinazione delle tariffe. Infatti non violerebbe il principio della concorrenza, ma evitando la corsa al ribasso del costo delle prestazioni professionali ne garantirebbe al contrario la qualità a favore dei diritti individuali e degli stessi interessi pubblici che si connettono al buon esercizio dell'atto professionale, impedendo che tra i professionisti si scateni – andando oltre il minimo tariffario – una concorrenza al ribasso che potrebbe compromettere la validità delle prestazioni, tutelando inoltre il professionista dal pericolo di dover sottostare a pretese economiche al ribasso da parte del cliente.

Questi principi sono stati sostenuti dall'Avvocatura dello Stato dinanzi alla Corte di Giustizia Europea per un contenzioso sulle tariffe forensi (cause C-94/04 e C-202/04), ma è un principio valido anche per le altre categorie professionali. In precedenza, nell'anno 2002 – sentenza Arduino (causa C-35/99) – la Corte di giustizia europea aveva ammesso la legittimità del sistema italiano di determinazione delle tariffe forensi, sottolineando il carattere pubblicistico del provvedimento di approvazione del tariffario da parte del Ministro Guardasigilli.

A cura di Marco Perelli Ercolini

Frosinone

Servizio UMAC

Il Comune di Frosinone in collaborazione con la Croce Rossa Italiana, Gruppo Pionieri, ha inteso promuovere il progetto denominato “Unità Mobile di Assistenza al Cittadino” che attiva prestazioni integrative al Servizio di assistenza domiciliare, già istituito dal Comune di Frosinone.

Per una vita qualitativamente migliore i cittadini residenti nel Comune possono usufruire delle seguenti prestazioni:

- acquisto e consegna medicinali a domicilio;
- comunicazioni e consegne urgenti al/dal medico di famiglia;
- acquisizione e consegna a domicilio di documenti, certificazioni, generi di prima necessità.

Inoltre sarà possibile l'attivazione, tramite gli operatori UMAC, delle Forze dell'Ordine e di autoambulanze di soccorso.

Come si attiva il soccorso: telefonando al numero 0775.85.46.46 – orario dalle ore 8,00 alle ore 20,00 tutti i giorni escluso i festivi – luglio e agosto, festivi inclusi.

Tariffe per ogni intervento: utenti privati euro 2,50; utenti del Servizio di assistenza domiciliare euro 1,00.

Il personale della CRI rilascerà ricevuta controfirmata dall'utente.

LA "GRANDE MELA" Contenitore d'arte

Dal Metropolitan al Museum of modern art, dal Guggenheim all'American museum of natural history non vi è che l'imbarazzo della scelta. Si va dalle ossa dei dinosauri alle preziose rassegne dei grandi pittori europei

di Mauro Subrizi



Dinosauri al museo di storia naturale

La città di New York è un gigantesco scrigno dove ognuno può pescare a piene mani tutto ciò che vuole. Possiamo estrarne i grattacieli più conosciuti e caratteristici come il **Chrysler Building** o l'Empire State Building. Le strade più affascinanti e sfavillanti come la **Fifth Avenue** o la **Madison**. I quartieri più evocativi: **Soho**, il **Greenwich Village**, **Tribecca**. Il distretto finanziario più potente del pianeta. La gente più colorita e colorata. Le insegne e le vetrine più luminose. E poi il **Ponte di Brooklyn**; il **Rockefeller Center**; la **Grand Central Terminal**; **Times Square**; la **Statua della Libertà** ecc.ecc.

A New York possiamo trovare anche tanta cultura. Gli spettacoli, i musical, i teatri ed il cinema. Ma soprattutto i musei.

New York è piena di musei. I gran-

di magnati dell'industria americana hanno donato alla città splendidi musei ed opere artistiche preziosissime.

Tra le decine e decine di musei newyorkesi vi propongo un giro turistico nei quattro più famosi.



Interno del Guggenheim

**METROPOLITAN
MUSEUM OF ART**
1000 Fifth Avenue
Tel (212) 8795500

Il Metropolitan Museum of Art, detto anche Met, con i suoi oltre tre milioni di opere d'arte è così grande che risulta impossibile visitarlo in un sol giorno. Le collezioni del Met ripercorrono gli ultimi 3000 anni, ma i pezzi forti sono le sculture, le arti decorative e i pittori europei (in particolare le opere di Degas; Manet; Cézanne; Goya; Rembrandt; Dürer; Rubens; Vermeer; Van Gogh; Mantegna; Tiziano; Tiepolo; gli impressionisti ed i postimpressionisti).

**Arti dell'Africa,
dell'Oceania e dell'America**

Maschere, sculture, utensili, armi e altri oggetti offrono un ritratto affascinante dello spirito dei popoli di queste regioni.

Arte egizia

Il museo ha realizzato un'intera ala per ospitare il tempio di Dendur, costruito nel 15 a.C. dall'imperatore romano Augusto. Nelle gallerie egizie sono esposte alcune figure in legno ben conservate risalenti a 4000 anni fa.

Scultura

e arti decorative europee

Uno splendido *Fauno* di Gian Lorenzo Bernini e gli arazzi fiamminghi sono tra i pezzi più interessanti di quest'ala.

Arte del XX secolo

Vi sono sublimi opere di Henri Matisse e di Wassily Kandinsky.

Dipinti rinascimentali

I dipinti di Giotto, di Raffaello e di altri artisti sono esposti nelle gallerie della sezione italiana.

Dipinti europei del XVII e del XVIII secolo

Vi si possono ammirare le opere di Rembrandt, compreso un famoso autoritratto, e quelle di Johannes Vermeer.

Dipinti e sculture europee del XIX secolo

Vi troverete i dipinti di Claude Monet, Jean Renoir, Paul Cezanne, Vincent Van Gogh e Edgar Degas.

Vi consiglio di fermarvi a bere qualcosa nel roof garden: la vista su Central Park e su Manhattan è uno spettacolo mozzafiato.

GUGGENHEIM MUSEUM

1071 Fifth Avenue

Tel (212) 423 3500

L'architetto Frank Lloyd Wright realizzò la famosa struttura a spirale del museo e molti visitatori vengono esclusivamente per ammirare l'edificio dall'interno, ma la collezione permanente e le interessanti mostre temporanee ne fanno una delle vetrine dell'arte contemporanea più valide di New York.

A differenza dei normali musei, quello progettato da Wright è uno spazio continuo dove l'occhio non incontra mai cambiamenti angolari e improvvisi della forma. Se-

condo l'architetto i visitatori dovrebbero salire in ascensore fino al piano superiore e ammirare la mostra scendendo dalla rampa. La rampa circolare (1959) ospita la mostra temporanea principale. La sezione a torre contiene la collezione permanente e le opere d'arte di maggiori dimensioni.

Le opere più famose ospitate nel museo sono i dipinti di Pablo Picasso, di Paul Klee, di Wassily Kandinsky, di Paul Cezanne, di Joan Mirò e di Vincent Van Gogh.

MUSEUM OF MODERN ART MOMA

13 West 53 street

Tel (212) 708 9400

Il museo ha riaperto nel centro cittadino nel novembre del 2004, commemorando il proprio 75° anniversario ed annunciando il completamento del più vasto progetto di ricostruzione e rinnovamento della storia del MoMa. Il nuovo museo ha una capienza quasi doppia rispetto a quella dell'edificio precedente, fornendo in questo modo strutture ampliate per la collezione e le mostre speciali. La sede ampliata e rinnovata del museo è stata progettata da Yoshio Taniguchi.

Fondato nel 1929, fu il primo museo a dedicare la propria collezione all'arte moderna. Partendo dall'innovativa arte europea del 1880, la collezione comprende opere appartenenti ad ogni periodo successivo, dalla cultura visiva sino ai giorni nostri. Dotata di carattere diversificato essa comprende forme d'arte tipicamente moderne quali film e design industriale.

Sviluppatasi fino a comprendere attualmente oltre 150.000 oggetti, la collezione offre un panorama ineguagliabile dell'arte moderna e contemporanea attraverso sei aree: Architettura e Design, Disegno, Film e produzioni audiovisive, Pittura e Scultura, Fotografia, Stampe e libri illustrati.

AMERICAN MUSEUM OF NATURAL HISTORY

Central Park West at 79th Street
Tel (212) 769 5200

Soffitti altissimi, colonne neoclassiche e diorama della metà del XX secolo sugli habitat degli animali, conferiscono a questo illustre museo della scienza un'atmosfera particolare.

La rinnovata esposizione dei dinosauri e il *Rose Center for Earth and Space* del XXI secolo ne fanno una struttura al passo con i tempi.

Le opere principali del museo descrivono la storia e la vita dei dinosauri sin nei minimi dettagli. I giganteschi scheletri attirano immediatamente l'attenzione, ma altri punti di forza del museo so-



La scultura di Boccioni presso il Museum of Modern Art

no le collezioni di gemme e minerali, le sale dei mammiferi e il museo dell'alta tecnologia. Da vedere assolutamente, oltre la sala dei dinosauri, quella dei meteoriti e la sala dei mammiferi, anche la mostra sulla costa nordoccidentale. ■

Con esclusione di colpi

Forza, resistenza, velocità, sono gli ingredienti degli sport che implicano il contatto fisico. Il rischio di lesioni ossee, articolari e muscolari

di Gianni Aschi

Per sopravvivere nel mondo l'uomo ha sempre dovuto combattere. Sia contro la natura ostile, sia contro i propri simili. 'The struggle of life' è la nota caratteristica dell'evoluzione, come ci ricorda Darwin.

L'uomo dovette (e deve) costantemente lottare per vivere e crescere.

Due furono le forme principali di lotta: la caccia-raccolta (combattimento contro gli ostacoli naturali) e la guerra (conflitto fra esseri umani).

Senza lo sviluppo e l'affinamento delle abilità guerriere l'uomo non avrebbe mai potuto estendere il proprio dominio su tutto il globo e stabilire rapporti ordinati all'interno dei propri gruppi sociali.

Nella storia delle singole civiltà e della civilizzazione dell'uomo in generale una sola forza ha agito e continua ad agire imperterrita: la competizione.

Dai modi primitivi e grezzi fino alle sottili interazione contemporanee, tale forza si è affinata; civilizzata appunto.

Ma la sostanza rimane sempre la stessa e cioè quella di un confronto diretto con l'altro.

Ciò che è cambiato nei millenni e nelle epoche è stato il modo in cui si percepisce l'altro da sé.

Più la percezione è grezza e primitiva, più l'altro viene considerato un ostacolo, una difficoltà che causa una contrazione dolorosa (si pensi ai meccanismi "combatti o fuggi" coordinati dal sistema limbico e ortosimpatico che causano accelerazioni e costrizioni fisiologiche).

Più invece l'essere evolve verso una percezione sottile e ampliata, maggiormente l'altro viene considerato un'opportunità di accrescimento, innescando tutti i meccanismi biologici legati al piacere (ormonali, nervosi e muscolari).

Però solo non sentendosi minacciato nella sua incolumità fisica e psicologica l'essere umano può sperimentare quella sana competizione priva della paura (amigdala iperattiva) che scatena le risposte primitive.

Ecco perché oggi si parla di sport e arti di combattimento.

Infatti nel combattimento militare l'altro intende ferirci o ucciderci e anche nella caccia per la sopravvivenza non riuscire comporta rischio di morte.

Le arti marziali e gli sport di combattimento invece sono l'evoluzione, l'affinamento e l'ampliamento di coscienza riguardo i vecchi modi di confrontarsi con l'altro umano e l'altro dall'umano.

Dal cavernicolo al selvaggio Amerindo, africano, asiatico, al barbaro; dall'antico assiro, egiziano, minoico al greco, all'etrusco, al romano, al cinese, indiano giapponese e via, via lungo i secoli e la storia, la figura del combattente è divenuta sempre

più nobile, sempre più mentale e filosofica e sempre meno fisica e 'guerresca'.

Oggi è coscienza comune che gli sport di combattimento e le arti guerriere debbano essere totalmente ed assolutamente prive di violenza, altrimenti non si può parlare di sport o di arte.

L'incolumità del combattente deve essere una certezza, altrimenti si ricade nelle zone primitive dello sviluppo umano e dagli stadi si ritorna alle arene.

Che sia una consapevolezza comune è dimostrato dalla presenza globale delle arti della lotta basate su tali assunti.

In Occidente abbiamo: lotta greco-romana; pugilato; scherma.

In Oriente abbiamo: arti marziali (sono decine e decine!).

Nel Sud e nel Nord del mondo abbiamo: le tecniche, gli stili, i giochi di combattimento africani, brasiliani, centroamericani, arabi, polinesiani, dei popoli nordici (europei, asiatici e americani).

Non c'è parte del globo in cui la cultura della pacifica competizione non trovi la sua più alta espressione nel combattimento che "beneficia" l'altro anziché danneggiarlo e che considera il ferimento un incidente grave determinante la fine immediata della gara.

Ma ora vogliamo esaminare un po' più in dettaglio le maggiori (per numero di praticanti e presenza nella società) arti di combattimento esistenti, proponendo una classificazione semplificatrice solo per una maggiore chiarezza espositiva.

Mi sembra di poter prendere a riferimento le tre discipline "classiche" della cultura occidentale e orientale.

La lotta greco-romana come espressione esemplare di un combattimento "a contatto".



Il pugilato come esempio di lotta "a distanza ravvicinata". La scherma come combattimento "a distanza attraverso uno strumento o arma". Gli equivalenti (solo nel senso enunciato, essendo altri paragoni improponibili) orientali sono: Il judo per la lotta "a contatto". Il karate per il pugilato "ravvicinato".



Il kendo per la scherma. La caratteristica biomeccanica principale per quanto riguarda il combattimento a contatto è la Leva Articolare. La vittoria è assicurata per chi dimostra maggiore destrezza nel "proiettare" il corpo dell'avversario attraverso un movimento che faccia leva sulle sue articolazioni. Invece per i combattimenti a distanza ravvicinata i movimenti principali sono i cosiddetti "colpi" effettuati con gli arti sia inferiori che superiori. Essi vengono rivolti verso i punti vitali (senza violarli ovviamente!) del volto e del tronco. La vittoria è una questione di incisività. Negli incontri a distanza con arma, invece, il colpo viene portato con un mezzo estraneo al corpo. Per vincere è necessario maneggiare l'arma con tale abilità che essa sembri un prolungamento del corpo stesso. La precisione del tocco, millimetrica, risulta essenziale. Le capacità condizionali sono tutte impegnate nella pratica di qualsiasi arte di combattimento: forza, resistenza, velocità

(ed elasticità) devono equilibrarsi a vicenda. L'atleta che avrà saputo armonizzare di più questi quattro aspetti nel proprio gesto, otterrà la vittoria. La capacità coordinativa dell'equilibrio risulta di gran lunga la più importante. La potenza e la reattività degli arti inferiori sono doti costitu-

cuzione, i rischi traumatologici sono elevati. Normalmente le zone più interessate sono il piede e la caviglia, la mano e il polso, seguite dalla gamba, dal ginocchio e dalla regione inguinale, assieme al gomito e la spalla. Capo, tronco e schiena possono subire le conseguenze dei colpi e delle cadute, ma molto più raramente.

Come in quasi tutti gli sport il rischio di lesioni ossee è basso, mentre quello di lievi lesioni articolari e muscolari abbastanza elevato.

In generale gli sport e le arti di combattimento sono pratiche estremamente pacifiche, gratificanti ed educative. Scolpiscono i corpi e forgianno il carattere con una rapidità e profondità sconosciuta ad altre discipline. Un bambino che sa combattere senza danneggiare e competere senza offendere è una specie di miracolo!

La presenza poi di una folta letteratura filosofica e storica che accompagna molti di questi sport costituisce un ulteriore vantaggio (e che vantaggio!) pedagogico e ricreativo.

L'augurio è che anche e soprattutto grazie all'esempio che ci viene dalle vere arti della guerra (Budo, dicono in Oriente) un giorno potremo completare il motivo darwinista così: the struggle of life is pacific competition. ■

LE QUATTRO MACROFAMIGLIE DELLE ARTI MARZIALI ORIENTALI (ADDESTRANO A TUTTI E TRE I TIPI DI COMBATTIMENTO CONTEMPORANEAMENTE)

SHORINJI KEMPO

Antichissima arte cinese di ascendenza indiana, strettamente legata alle pratiche meditative dei monaci chan; ad essa possono far capo tutti gli stili di combattimento più "spirituali"

KUNG-FU

Nome generico con cui si indicano tutte le arti di matrice cinese, strettamente collegate allo shorinji, che hanno privilegiato gli aspetti tecnici e artistici dei gesti, raggiungendo vette di efficacia e bellezza impareggiabili.

VIET VO DAO

Millenaria disciplina vietnamita, capostipite e riferimento dei modi "energetici" di lotta controllati e diretti da ricche tradizioni filosofiche, tecniche e morali

AIKIDO

Arte marziale giapponese fondata in età moderna ma sulla base della tradizione millenaria del Paese. Arte completamente pacifica e non competitiva, pur tuttavia di straordinaria efficacia difensiva. Ad essa possono far capo tutte le tecniche di difesa personale e le lotte danzate.

Giornate Lucane di Odontoiatria

"Dal contenzioso medico-legale alla risoluzione dei problemi del paziente: la qualità della prestazione odontoiatrica, tra pubblico e privato, patto sociale per la salute dei pazienti"

Maratea (PZ), Hotel Pianeta Maratea, 16-19 giugno

Presidente del Convegno: Dott. Giuseppe Renzo - Presidente C.A.O. - F.N.O.M.C.e.O.
Il Congresso prevede un ricco e articolato programma scientifico, con conferenze, approfondimenti e momenti di discussione tra relatori e pubblico presente.
Le Giornate lucane di Odontoiatria sono state inserite fra i progetti di Educazione Continua in Medicina (ECM), in attesa di ricevere i Crediti formativi per Medici, per Odontoiatri, per Odontotecnici, per Igienisti Dentali e Infermieri professionali

Informazioni Segreteria Organizzativa: Euro Congress Via Parigi, 32 85100 Potenza
Tel. 0971/51872 Fax 0971/469429 - e.mail: eurocongress@virgilio.it
Segreteria Scientifica: Dott. Maurizio Capuano, Dott.ssa Alina Vucci - AIO Sezione Provinciale di Potenza
Dott. Donato Mariano Galizia, Dott. Eduardo Veralli - ANDI Sezione Provinciale di Potenza
Via Vaccaro, 392 85100 Potenza - Tel. e Fax 0971/470559 - e.mail: maratea2005@aiobasilicata.it

Emolinfopatologia

Aula Maria Teresa Chiantore, Via Massarenti 9, Bologna, 13-17 Giugno

ECM: 39 crediti formativi

Direttore: Stefano Pileri

Il Corso si propone di dare una base conoscitiva aggiornata della patologia del sistema emolinfopoietico, comprendente l'approccio, sia diagnostico che metodologico, attraverso letture tenute da esperti.

Informazioni Accademia Nazionale di Medicina (sede distaccata) Palazzina CUP - Policlinico S. Orsola
Via Massarenti 9, 40138 Bologna - Tel. 0516360080 Fax 0516364605
e-mail: manganelli@accmed.org - http://www.accmed.org

Società Piemontese-Ligure per lo studio delle disfunzioni UroGenitali femminili Incontinenza urinaria femminile e prolasso genitale

Torino 16-17 giugno Centro Congressi Unione Industriale

Presidente Onorario: Emilio Imparato

Presidente del Congresso: Elso Guercio

ECM: Il Congresso rientrerà nel programma di Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute e sarà rivolto alle seguenti figure professionali: medici chirurghi, specialisti in ostetricia e ginecologia, urologia, colonproctologia, fisiatria e M.M.G.

Informazioni Segreteria Scientifica M. Gatti, P. Cortese - societaspug@yahoo.it - Fax 011 9002349 - 011/6966600

Segreteria Organizzativa Il Melograno Centro Servizi Via A. Pigafetta, 36 10129 Torino
Tel. 011 505730 Fax 011 590940 - e.mail: spug2005@ilmelogramnoservizi.com
info-congresso on-line: www.ilmelogramnoservizi.com

AVVISO PER I MEDICI E LE SEGRETERIE ORGANIZZATIVE

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

Semeiotica Occluso Posturale e Gnatologia Clinica

Responsabile: Dott. Tullio Toti Presidente dell'Associazione Italiana Studi Occluso-Posturali
Giugno – Ottobre, Verona

Rivolto a professionisti interessati all'approfondimento delle conoscenze teoriche e applicative della semeiotica occluso posturale e della gnatologia clinica. Evento in fase di accreditamento presso il Ministero della Salute.

Informazioni: Micol Taddei Positive Press Via Sansovino 16, Verona.
Tel. 0458103932; Fax 0458102884; e-mail: positivepress@tin.it

.....

Ultrasuoni

16 – 18 giugno, Castello di Gargonza (Monte San Savino Arezzo)

Direttori del Corso: Marcello Caremani e Fabrizio Magnolfi

È indirizzato a tutti gli operatori che si affacciano per la prima volta all'ecografia con contrasto e a quelli che già la praticano ma sentono il bisogno di un approfondimento. Gli argomenti principali sono rappresentati da: fegato, milza, pancreas, reni, organi genitali femminili, grossi vasi addominali, traumi addominali, tubo gastrointestinale, linfonodi, apparato muscolo-scheletrico, tiroide, mammella.

Ampio spazio viene riservato alla discussione di casi clinici e alle sessioni videoquiz.

Informazioni: Ultrasound Congress – Tel. 0575 – 380513 / 348 – 7000999 Fax 0575 – 981752
e-mail: info@ultrasoundcongress.com sito web: www.ultrasoundcongress.com

.....

L'approccio al paziente immigrato

Palermo, Palazzo dei Normanni, 18 Giugno

Moderatore: Prof. Serafino Mansueto.

Programma e Relatori:

Introduzione - Prof. Serafino Mansueto;

Donne di fuoco - Dott.ssa Anna Proclamà;

Immigrazione e legalità - Dott.ssa Maria Danila Spagna;

Linee guida sull'assistenza sanitaria agli immigrati - Dott. Giuseppe Oliva;

Salute e migrazioni - Dott. Mario Affronti;

L'impegno della Regione Siciliana per l'immigrazione - Dott. Francesco Inguanti;

Un medico – paziente immigrato - Dott. Eduardo Americo Martinez;

Il bambino immigrato ed il pediatra di territorio - Dott.ssa Milena Lo Giudice;

L'integrazione scolastica dei minori stranieri - Prof. Maria Rosa Cuccia;

La salute dei bambini immigrati: patologie congenite e patologie acquisite - Prof. Giovanni Corsello;

La salute dei bambini immigrati: patologie acquisite - Prof. Francesco Cataldo.

Informazioni Organizzatore e Segreteria Organizzativa:

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

Responsabili della segreteria, Sig.ra Antonina Cancila e la Sig.ra Lorena Greco, Telefono +39 091 6710267

Fax +39 091 6716974 - ecm@anfe.it www.ecm.anfe.it

È stata inoltrata la richiesta per l'accREDITAMENTO ECM.

.....

Gruppoanalisi

secondo la metodologia di S. H. Foulkes, Londra

Anno 2005: formazione di base - anno 2006: formazione avanzata

Corso 2005: 16-20 giugno 15-19 settembre a Cortona (Arezzo) presso l'antica Abbazia di S. Margherita
Richiesto accREDITAMENTO ECM

Informazioni: e-mail: segreteria@ilcerchio-toscana.it sito web: www.ilcerchio-toscana.it

Dott. Dante Pallecchi Tel. 0577 364706 cell. 347 3352363 - e-mail: danplcc@quipo.it

Sessuologia

Consulente in Sessuologia

Consulente in Sessuologia di II livello e di Terapie Sessuali - Esperto in Educazione Sessuale
 Direzione scientifica: professor Giorgio Abraham e dal professor Dario Fontana, dell'Università di Torino.
 Le iscrizioni sono previste entro giugno 2005 e l'inizio dei corsi è programmato per ottobre 2005.
 I Corsi sono accreditati presso il Ministero della Salute nell'ambito del programma ECM.

Informazioni: Scuola Superiore di Sessuologia Clinica Corso Unione sovietica, 335 10135 Torino
 Tel. Fax 011 6199465 - sito web: www.sssc.torino.it e.mail: segreteria@sssc.torino.it

.....

Azienda ospedaliera di Perugia

Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani - S.C. di Ostetricia e Ginecologia

Screening del cervicocarcinoma uterino

1 - 2 Luglio - Teatro Torti, Bevagna (Perugia)

Presidenti onorari: C. Sbiroli G. Gilardi M.A. Bianco

Presidenti del corso: G. Affronti C. Donati Sarti G. Pomili

Direttore del corso: A. Baldoni

Simposio satellite: Le infezioni genitali in ostetricia e ginecologia

Informazioni: Segreteria scientifica Servizio di ginecologia oncologica preventiva

S.c. di ostetricia e ginecologia preventiva - Azienda ospedaliera di Perugia

L. Pallucca - S. Gonnellini - C. Sideli - E. Del Frate - C. Kingue - M. Ubertyosi

Tel. 075.5783487 - 075.5783358 - E.mail: angelobaldoni@libero.it

Segreteria del corso: Servizio di ginecologia oncologica preventiva - Day surgery - S.c. di ostetricia e ginecologia

Azienda ospedaliera di Perugia V. Borghesi - R. Savino - M. Valtorta - Tel. 075.5783487 Fax 075.5783409

Segreteria organizzativa: Etrusca conventions - www.etruscaconventions.com

e.mail: info@etruscaconventions.com - Via Bonciario, 6/d - Perugia Tel./Fax 075.5722232

< Pubblicità >

Bambino con Patologia Immunologica

Crotone, Capo Rizzuto 26-27 giugno

Programma: Presente e Futuro delle vaccinazioni; reazioni avverse ai comuni vaccini; i Toll-Like receptors nella patogenesi delle malattie allergiche; 3 casi clinici per scoprire l'autoimmunità; il laboratorio in immunologia pediatrica; le vasculiti; l'orticaria; immunostimolanti: c'è ancora qualcosa da dire?; casi clinici

Informazioni iDea Congress Via della Farnesina, 224 - Tel. 06/36381573

Fax 06/36307682 - info@ideacpa.com www.ideacpa.com

.....

Deviazione del rachide

Dal 23 al 26 giugno Sede: Pesaro Hotel Flaminio, Viale Parigi, 8

Responsabile dell'evento: Dott.ssa Lea Caratelli

Prima giornata: fisiopatologia dell'erezione del rachide - la cifosi

Seconda giornata: la scoliosi, generalità - la scoliosi dorsale

Terza giornata: la scoliosi lombare

Quarta giornata: riservata ai medici - il corsetto ortopedico

ECM: crediti assegnati per terapisti: 17; per medici: 22

Informazioni Segreteria Organizzativa

Sig.ra Liliana Tel. 0721.400.638 ore 15-19

Per il programma dettagliato e per il modulo di iscrizione visitare il sito: www.chinesiterapiaanalitica.it - info: caratelli@abafree.it

Università Cattolica Sacro Cuore - Roma

Regolazione della Fertilità

Corso di aggiornamento anno 2005

22-23 giugno; 14-15 settembre; 26-27 ottobre; 30 novembre-1 dicembre

Aula didattica (3° Piano Ex Collegio Joanneum) Largo F. Vito 1

Coordinamento scientifico: Dott.ssa Aurora Saporosi a.saporosi@rm.unicatt.it

Centro Studi per la Regolazione Naturale della Fertilità - 06/30154954

Informazioni Segreteria Organizzativa: pfaraone@rm.unicatt.it

.....

Società Italiana di Medicina Integrata

Il metodo Dimanat: agopuntura auricolare

Perugia, 18-19 giugno

Accreditamento ECM richiesto

Segreteria Organizzativa: Dott. Marucci Simonetta Tel. 338-9577328 - Dott. Lamedica Alessandro Tel. 348-2811538

.....

Metastasi ossee

Aula Giunti dell'Istituto Oncologico "F. Addarii" Viale Ercolani, 4/2 Azienda Osp. S. Orsola-Malpighi Bologna

Relatori: Prof. Albisinni, Prof. Giardino, Dr.ssa Bonazzi

Informazioni Segreteria Scientifica Prof. F. Pannuti, Prof. S. Tanneberger, Dr.ssa M. Casadio

Segreteria Organizzativa Sig.ra A. Bonazzi c/o Ufficio Formazione ANT Via Berti, 4 Tel. 051-521999 Fax 051-524824

cell. 348-3102862, e-mail: formazione@antitalia.org

I seminari verranno accreditati secondo il programma ECM.

.....

Riabilitazione e Cure Palliative

20 giugno - CNR, Sede di Roma - P.le Aldo Moro, 7

È stato richiesto l'accreditamento per medici, infermieri, fisioterapisti e psicologi.

Il seminario è organizzato all'interno del secondo anno dei tre master in "Medicina Palliativa", "Medicina Palliativa Territoriale" e "Nursing Care in Medicina Palliativa" organizzati dall'Università di Roma Tor Vergata e da Antea Formad

Informazioni Segreteria Organizzativa Antea

Formad via Pienza 281, 00138 Roma

tel/fax 06.8100800/830 - www.anteahospice.org

.....

Craniofacial Plastic Surgery

June 16-17-18,

Grand Hotel Palazzo Carpegna, Roma

President: Dott. Cosmoferuccio De Stefano

Informazioni Scientific secretariat: Dott. Mario

Zama, Dott. Luigino Santecchia,

Dott.ssa Simona Gallo

Organizing seretariat: Coordinamento

Amministrativo Manifestazioni Scientifiche

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, P.zza S. Onofrio

4, 00165 Roma, Tel. 06/6859.2290-2294

Fax. 06/6859.2443, e.mail: congressi@opbg.net

Flebologia Clinica

Nocera Inferiore (SA) Dal 7 al 9 luglio - Ospedale Umberto I - Sala Convegni

Corso accreditato presso la commissione ecm del Ministero della salute

Informazioni: Prof. Federico Annoni - Osped. Policlinico Via F. Sforza 35 - Milano

Tel.02-55035842 - Fax 02-550385810

.....

Il simposio di angiologia

Patologia carotidea e cerebropatia vascolare ischemica

Sabato 18 Giugno - Grand Hotel Nuove Terme - Acqui Terme

Programma:

Inquadramento generale ed epidemiologia - Dr. C. Ivaldi

Eziopatogenesi (fattori di rischio "vecchi" e "nuovi") - Dr. G. Ghiazza

Diagnosi strumentale: l'ecocolorDoppler - Dr. G. Baldino

Diagnosi strumentale: TC, RNM, angiografia - Dr. T. Arcuri

Aspetti clinici (T.I.A.; ictus) - Dr. E. Ursino

Prevenzione primaria, prevenzione secondaria, terapia medica - Dr. G. Lo Pinto

Terapia endovascolare - Dr. P. Cioffi

Terapia chirurgica - Dr. M. Fabbrocini

Considerazioni conclusive - Dr. A. Gori

Elaborazione questionari E.C.M.

Informazioni Segreteria Scientifica: Dr. Claudio Ivaldi - Tel. 0144320154- e.mail: claudioivaldi@libero.it

Segreteria Organizzativa: ITMS Telemedicina Italia s.r.l. - Tel. 0103692111

Paziente ricoverato in Ospedale

8 luglio Edizione 1 - 15 luglio Edizione 2

Sede: Clinica San Carlo di Paderno Dugnano (MI)

Obiettivi:

- Aggiornare e approfondire le conoscenze in tema di sofferenza psicologica
- Presentare quadri clinici di disagio psichico correlato a momenti di ricovero ospedaliero
 - Valutare la dimensione emotiva del personale sanitario

Relatori: Dr. Flavio Mombelli, Dr. Sandro Sottili

Responsabile scientifico: Dr. Flavio Mombelli

Corso ECM realizzato da Clinica San Carlo e Fondazione "Emilio Bernardelli" di Paderno Dugnano

Informazioni: Referente Organizzatore

Servizio di Psicologia Medica della Clinica San Carlo Tel. 02/99038481 (da lunedì a giovedì dalle ore 9.00 alle ore 10.00)
Fax 02/99038377 - e-mail: psicologia.medica@clnicasancarlo.it

.....

Sindrome di Cornelia De Lange

Centro Congressi Fattoria La Principina - Principina Terra, Grosseto 16-19 giugno

La Fondazione Mariani organizza i Professional Days del più importante appuntamento annuale dedicato all'approfondimento di una malattia ancora poco conosciuta. Il Congresso prevede due livelli di partecipazione: sarà diviso in Professional Days dal 16 al 17 giugno e in Congresso delle Famiglie dal 17 al 19. I Professional days, le giornate dedicate ai "professionisti" che affrontano tutti i giorni la sindrome (riservato a medici, terapisti, operatori interessati) saranno organizzati dalla Fondazione Mariani e saranno strutturate con sessioni plenarie e workshop, le cui sessioni saranno dedicate alla "Diagnosi di Sindrome di Cornelia de Lange (CDLS)", alle "Complicanze mediche rilevanti per il follow-up dei pazienti CDLS", allo "Sviluppo psico-intellettuale del bambino con CDLS", agli "Aspetti educativi e comportamentali" e, infine, a Workshops paralleli monotematici per operatori. La Fondazione Mariani ha chiesto per questo corso l'accreditamento per l'attribuzione dei relativi crediti formativi.

Informazioni: Massimo Pizzo Ufficio Stampa

Tel. +39 335 6929897

- e-mail massimo.pizzo@insintesi.it

Elena Fanari Informazioni e iscrizioni ai Professional Days

Tel. + 39 02 795458

e-mail: iscrizioni@fondazione-mariani.org

.....

**Repubblica di San Marino
Università degli Studi di San Marino**

Posturologia clinica

Direttore del Corso: dr. Vincenzo Colucci

Coordinamento Scientifico: dr. Alberto Cataldi

Alcuni argomenti:

- stato dell'arte della posturologia clinica;
- anatomia e fisiologia dell'Esterocezione e della Propriocezione;
 - introduzione al sistema posturale;
 - organizzazione anatomo-funzionale del sistema posturale;
 - classificazione degli schemi posturali;
 - valutazione tridimensionale dell'ortostatismo;
- approccio clinico-diagnostico allo squilibrio posturale;
 - diagnostica strumentale in posturologia clinica;
 - riprogrammazione posturale globale.

Informazioni: Dipartimento di Studi Biomedici -

Università degli Studi di San Marino - Tel. 0549 882518

Fax 0549 882519 - Country code: (+) 378

e-mail: db@unirmsm.sm - www.unirmsm.sm

S.m.b. Italia A.A. 2005-2006

Omeopatia

La S.m.b. Italia (Scuola Superiore di Omeopatia) che opera da oltre 20 anni nel settore della formazione Professionale, comunica l'apertura delle iscrizioni al Corso di Omeopatia per l'Anno Accademico 2005/2006. La S.m.b. Italia, affiliata F.I.S.M. (Federazione Soc. Medico Scientifiche Italiane) e con il Patrocinio Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Roma), attua un programma didattico parallelo a quello svolto nelle altre scuole dei Paesi europei ed offre una preparazione ai più alti livelli qualitativi.

La S.m.b. Italia è presente in 12 città italiane.

(Ancona, Bologna, Cosenza, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Perugia, Potenza, Roma, Torino, Verona)

Informazioni S.m.b. Italia - Casella postale 13 - 00040 Pomezia Tel. 06-91968024 Fax 06-91821345

e.mail: smbitalia@smbitalia.org web: www.smbitalia.org

.....

Università di Roma "La Sapienza" - Policlinico Umberto I
Centro per lo studio delle dislipidemie infantili

Incontrarsi per camminare insieme

2 - 4 agosto, San Nicola da Crissa (VV)

Presidente: Manuel A. Castello **Responsabile scientifico:** Francesco Martino

Sono state avviate le procedure per i crediti formativi.

Informazioni: Segreteria per ECM MD Studio Congressi Snc Via Roma, 8 33100 Udine (Italy)

Tel.: +39/0432/22.76.73 Fax: +39/0432/22.09.10 mobile: +39/335/100.78.54

Segreteria organizzativa: macri_domenico@libero.it, francesco.martino30@tin.it

a cura di Andrea Sermonti

Presentato a Roma dal prof. Carlo A. Bartoletti
al XV Congresso Mondiale di medicina estetica dell'U.I.M.E.

LIBRO BIANCO SULLA MEDICINA ESTETICA UNA 'FOTOGRAFIA' DI MEDICI E PAZIENTI

Dall'esame di un'enorme massa di dati relativi ai medici che esercitano questa specialità e ai pazienti degli ambulatori privati e ospedalieri un quadro di come è cambiato in 15 anni il mondo della medicina estetica italiana. E non solo

Concluso a Roma il 15° Congresso mondiale di medicina estetica, che ha visto la partecipazione di oltre 2000 medici e i rappresentanti di una trentina di paesi, tra cui i presidenti dei 21 paesi aderenti all'UIME, l'*Union Internationale de Medicine Esthétique*. Al congresso sono stati presentati i risultati di un sondaggio-inchiesta sul mondo della medicina estetica, raccogliendo i dati aggiornati al 2005 e confrontandoli con quelli raccolti dal 1991. Ecco cosa ne emerge.

Sondaggio tra i medici iscritti alla Scuola Internazionale di Medicina Estetica della FIF - Fondazione Internazionale Fatebenefratelli

Come ormai accade in quasi tutte le specialità della professione medica, anche in questo campo ... c'è stato il sorpasso: i 'camici rosa' sono il 56% del totale. Gli iscritti alla Scuola Fif provengono soprattutto dal Sud Italia (46%), anche se nutrita è la rappresentanza del Centro (38%). Centinaia di medici molto attenti alla cultura scientifica e all'aggiornamento professionale: uno su 2 ha già seguito Scuole di medicina estetica e 3 su 4 frequentano regolarmente i congressi. Lavorano soprattutto nel privato (44%) ma uno su 10 fa i turni di guardia medica, un altro lavora in ospedale e un altro fa il medico di medicina generale. Infatti solo uno su 6 svolge questa come sua unica attività. Quasi tutti lavorano da meno di 5 anni, per lo più presso il proprio studio (83%). Ma quali sono le prestazioni che offrono alle loro 'clienti'? Più di 4 su 5 (82%) escono dallo studio avendo fatto la mesoterapia, 3 su 4 un *peeling* superficiale e 2 su 3 (67%) ricorrono al *filler* riassorbibile. Tre pazienti su 5 vengono sottoposti ad una dieta dimagrante, e la metà alla biostimolazione cutanea.

I pazienti degli studi privati: la metamorfosi degli ultimi 15 anni

Il sesso. Il cliente dello studio di medicina estetica è ... sempre più donna! Ormai la media, negli studi privati, si è assestata su 1 maschio ogni 13 donne.

L'età. Se all'inizio degli anni '90 nello studio del medico estetico erano rappresentate più o meno tutte le fasce di età, con una maggiore rappresentanza di clienti tra i 30 e i 40 anni, oggi si sta assistendo ad uno spostamento in avanti di circa 10 anni: la cliente media ha circa 50 anni.

Perché si va dal medico estetico. La prima conseguenza di questa crescita dell'età media dei clienti è l'aumento delle richieste d'intervento *anti-ageing*, in particolare contro l'invecchiamento cutaneo. Resiste lo 'zoccolo duro' delle richieste di intervento sulle 'curve' a livello di prescrizioni dietetiche (dal 17 al 19%), mentre è un poco in calo la richiesta di interventi per adiposità localizzata e cellulite (dal 31 al 25%). In calo anche le richieste d'intervento per problemi venosi e edema linfatico (dal 23 al 13%).

La scelta del medico. Il ruolo dei *media* in questo campo rimane fondamentale nel fornire una corretta informazione dell'offerta e delle possibilità reali della medicina estetica. Tuttavia rispetto all'inizio degli anni '90 – quando si andava da un medico in particolare quasi solo sulla scorta di una bella intervista televisiva o di un giornale, oggi una persona su 2 va dal medico estetico per il 'passaparola'. E una su 5 perché consigliata da un altro medico.

Gli interventi eseguiti dal medico. Negli anni '90, quando si andava dal medico estetico soprattutto per ... 'eccesso di curve', gli interventi più gettonati erano le diete dimagranti (22%), la mesoterapia (15%) e la presso terapia (13%). Oggi gli interventi per la correzione dell'eccesso ponderale o delle adiposità localizzate continuano ad occupare un importante posto tra gli interventi praticati (dieta dimagrante e mesoterapia entrambe all'11%), ma si sono arricchiti di nuove tecnologie (Endermologie 9%). Accanto a questi si è registrato il boom dei *peeling* (17%) e dei *filler* (9%).

Sullo scorso numero (Aprile 2005) del giornale, nel servizio pubblicato a pag. 56 sul congresso di Genova della Federazione Italiana Malattie Apparato Digerente, è stata riportata una qualifica errata della Presidente del Congresso, professorssa Maria Caterina Parodi, che è Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

LA PICCOLA GRANDE STORIA DELLA MEDICINA A TERNI

Roberto Fabrini ha ricostruito la storia della medicina a Terni: una ricerca che vuole essere un atto di omaggio per tutti coloro i quali, nel corso dei secoli, hanno dedicato la propria vita in questa città per la salute degli altri.

Egli fa partire la sua storia da molto lontano. In prefazione accenna a grandi tappe, ai riti magici e sacerdotali dell'epoca preistorica e alle prime testimonianze storiche tramandateci dalle tavolette cuneiformi della civiltà assirobabilonense e dai papiri egizi, per passare poi alla medicina greca di Ippocrate e Galeno e a quella dell'antica Roma e del medioevo.

Dopo queste premesse, riassumendo e organizzando la ricca documentazione locale esistente, l'autore sviluppa molto dettagliatamente in tre ampie parti, prima la storia degli ospedali, delle strutture sanitarie e delle farmacie di Terni dal medioevo ai nostri giorni senza dimenticare l'istituzione della locale facoltà di medicina; poi come venne affrontata in passato la lotta alle malattie e, in particolare alle epidemie di peste, colera, tifo petecchiale, vaiolo, spagnola e poliomielite; infine, e forse questa è la parte più interessante per i colleghi umbri, quella che riguarda la ricca elencazione dei medici che hanno operato nel capoluogo e nel locale Ordine dei Medici. I sanitari vengono suddivisi, a seconda della loro attività, in ospedalieri, specialisti e mutualisti.

Il libro è arricchito da numerosissime fo-

to dei medici ternani, da riproduzioni di documenti e da interessanti diagrammi e tabelle di statistiche sanitarie.

Roberto Fabrini

La piccola grande storia della medicina a Terni

V.le G. Leopardi 34, Terni, pag. 316.

ETICA CLINICA

Le problematiche etiche in medicina, giunte in passato ad interessare ambienti diversi dallo stretto campo della sanità, sono tornate prepotentemente al loro luogo d'origine, il letto del malato, dove i dilemmi e le discussioni etiche si concretizzano nella decisione dell'azione particolare e nel momento della decisione clinica.

Oggi l'etica clinica viene a costituirsi come un ponte tra l'etica teorica e l'etica al capezzale dell'infermo e su questo ponte le idee si muovono non solo deduttivamente dalla teoria alla pratica, ma anche dalla pratica alla teoria in senso induttivo, facendo sì che la bioetica e la clinica si incontrino e si arricchiscano reciprocamente.

Il volume scritto da A.R. Jonsen, M. Siegler e W.J. Winslade, la cui edizione italiana è stata curata da Antonio G. Spagnolo, vuole offrire notizie precise su questa complessa realtà sempre più sentita nel nostro paese e si propone di offrire una buona metodologia per esaminare dal punto di vista etico anche i casi clinici della quotidianità e per giungere, senza arrivare a posizioni estreme, ad una sicura e rapida discussione e soluzione di tali problemi. Gli autori suggeriscono di esaminare ogni caso clinico secondo i seguenti quattro criteri: 1) le indicazioni mediche; 2) le preferenze del paziente; 3) la qualità della vita; 4) i contestuali aspetti sociali, economici, giu-

ridici e amministrativi. Per presentare questi quattro criteri sempre presenti nella grande varietà della casistica individuale, il libro contiene numerosi casi clinici esemplificativi.

**A.R. Jonsen, M. Siegler,
W.J. Winslade
Etica Clinica**

**A cura di A.G. Spagnolo
McGraw-Hill Companies, Milano
pag. 249, € 24,00.**

LIBRO GUIDA DELL'OSPEDALE DA CAMPO

La Guida dell'Associazione Nazionale Alpini, curata da Pantaleo Lucio Losapio, nasce per stare al passo con l'importante evoluzione tecnologica e organizzativa dell'Ospedale da Campo nelle sue diverse componenti e articolazioni e come compendio essenziale per l'istruzione e la formazione degli operatori. Il volume presenta una organizzazione che ha raggiunto un altissimo livello tecnico e professionale di cui le competenti autorità statali e regionali possono avvalersi per le emergenze sanitarie straordinarie a tutela delle popolazioni colpite da avvenimenti calamitosi in Italia e all'estero. Oltre alle disponibilità operative e organizzative che possono essere messe a disposizione dall'Ospedale da Campo dell'A.N.A., il volume illustra anche la storia di questa istituzione che mosse i primi passi nel 1976 in occasione del terremoto del Friuli, per crescere ed affermarsi con i tragici eventi dell'Irpinia, nel 1987, le alluvioni della Val Brembana e della Val Tellina e, alla fine del secolo passato, con la guerra dei Balcani e del Kosovo, tanto da far meritare a questa associazione la Medaglia d'Argento al Merito Civile conferitale, nel 2001, dal Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi.

**Pantaleo Lucio Losapio
Libro guida dell'Ospedale
da campo
Fondazione A.N.A. Onlus
pag. 154.**

L'ANALISI STRUTTURALE DEL DELIRIO

Questo lavoro di Enrico Venga nasce dall'esigenza di favorire un'interpretazione univoca ed oggettiva di qualsia-



si costruzione razionale-irrazionale che non sia lasciata alla libera soggettività teoretica culturale. Una simile tipologia analitica-strutturale può rapportarsi ai contesti più diversi e l'indagine così condotta dovrebbe far capire la struttura del soggetto che si trova indotto ad usare dei "termini" particolari per la rappresentazione e costruzione del sé, una costruzione che il "linguaggio" realizza a posteriori nei confronti di una struttura base che ha la sua connotazione biologica da collocarsi nell'olismo soggettivo. Il lavoro, non certamente esaustivo, presenta un'analisi che può essere condotta anche interattivamente mettendo sullo stesso piano la tesi e l'antitesi in una ricerca che non ha soluzione, ma soltanto continuità. Il volume riporta la parte essenziale di trentanove sedute di un paziente tipo per dare al lettore la possibilità di intervenire attivamente nel testo e di confrontarsi con il vissuto del soggetto in analisi offrendogli la possibilità di esaminare attentamente, nel loro significato strutturale, alcuni termini che questi ha adottato. Per facilitargli questo compito, alla fine di ogni analisi strutturale, sono state poste delle note esplicative, con le quali si formulano osservazioni di carattere teorico-pratico per introdurre il lettore nella dinamica linguistica rappresentativa della struttura di base.

Enrico Venga
L'analisi strutturale del delirio
Edizioni Scientifiche Italiane, Roma,
pag. 118, 10,00.

SAN GEROLAMO NELL'ARTE

Concentrando la sua analisi sulla rappresentazione della figura di San Gerolamo, Maurizio Cavallero propone un'ampia panoramica dell'evoluzione pittorica dal medioevo ai nostri giorni con particolare riguardo al periodo rinascimentale, epoca nella quale si conta il maggior numero di tele dedicate al santo di Stridone, in Dalmazia.

Con lo studio dei dipinti in cui è rappresentato San Gerolamo, da sempre venerato per il suo essere dotto e mistico contemporaneamente, motivo per il quale è stato rappresentato molto di frequente, l'autrice compie un interessante excursus artistico che le permette di esprimere con adeguatezza le inquietu-

dini religiose che attraversano la storia dell'arte, non solo, ma anche di sviluppare, grazie alla figura di questo santo, una significativa ricerca dell'essenza dell'uomo e dell'arte attraverso il tempo, nonché di tracciare un significativo percorso della pittura di paesaggio.

Lo studio della Cavallero, che non pretende di essere esaustivo, prendendo comunque in esame le opere di oltre quaranta pittori e trattando, nel loro complesso il periodo medievale e dell'arte contemporanea, si propone come traccia e suggerimento per ulteriori sviluppi metodologici sull'argomento.

Maurizia Cavallero
San Gerolamo nell'arte
Lorenzo Editore, Torino
pag. 60, 10,00.

AUTISMO E LOBI FRONTALI

Con questo libro Mario Lambiase si assume il non facile compito di fare il punto della situazione degli studi compiuti negli ultimi anni sulle basi anatomiche delle disfunzioni cerebrali presenti nell'autismo infantile. Egli tratta l'autismo sotto il profilo biologico collegando le manifestazioni cognitive, emotive e comportamentali alle loro basi anatomiche e funzionali e pone a confronto le contrastanti teorie sull'origine di questa sindrome sostenute dagli psicoanalisti e dai cosiddetti organicisti.

Non si tratta di un semplice elenco di dati emersi da tanti studi disparati, ma di una sintesi della letteratura fatta alla luce di una ben precisa e coerente ipotesi di lavoro, secondo cui, alla base della multiforme sintomatologia autistica, vi sarebbe una disfunzione dei lobi frontali e di altre zone extrafrontali.

Attraverso quello che l'autore chiama "il modello del lobo frontale", concepito come un insieme di oggetti mentali organizzato e coerente, minimo e non contraddittorio, che parte dallo sviluppo, dalla maturazione, dalle connessioni e funzioni dei lobi frontali, vengono esaminate le alterazioni delle diverse aree corticali e sottocorticali del cervello a cui poter rapportare, sintomo per sintomo, la complessa fenomenologia dell'autismo.

La competenza con cui questo lavoro coniuga l'approccio storico con quello neurobiologico, le recenti conoscenze

sui rapporti tra lobi frontali e sistema limbico e le teorie sull'autismo nonché le aggiornate evidenze cliniche e sperimentali in esso citate, rendono quest'opera un compendio utile per chi voglia verificare la veridicità scientifica delle molte teorie su questa tematica ancora tanto controversa.

Mario Lambiase
Autismo e lobi frontali
Vannini Editrice, Gussago (BS)
pag. 276, 40,00.

AFRODISIACI

Gli autori di questo libro, dopo oltre un decennio di ricerche e il superamento di impreviste difficoltà, sono riusciti a ricreare quella realtà di misture magiche e composti chimici, di erbe e sostanze di multiforme natura, di suggestioni e verità scientifiche che, fin dai tempi più antichi, si sono sempre accostati al mondo dell'amore e dell'eroticismo.

Attraverso un itinerario che ripercorre la storia della magia, della medicina, di antichi miti e leggende e anche di credibili testimonianze verso cui, tra la snobistica indifferenza di alcuni, molti ancora mostrano interesse e vivace curiosità, vengono riproposte vecchie e nuove notizie sui rimedi atti a stimolare e potenziare, negli uomini e nelle donne, una sessualità che si è assopita, a favorire la fertilità e le gravidanze, oppure a raggiungere un'eccitazione sessuale e degli orgasmi più intensi.

Gli autori, Francesco Sorrentino, illustre medico napoletano, primario dell'ospedale Cardarelli, e Lejla Mancusi, gastro-noma dell'Accademia Italiana della Cucina, protagonista di cultura culinaria raffinata, garantiscono, da un lato, la serietà della ricerca e, dall'altro, una corretta combinazione di erbe e altri elementi che esaltano i sensi e l'eros per ottenere che le piacevolezze della cucina raggiungano l'obiettivo della felicità sessuale.

Mancusi Lejla, Sorrentino Francesco
Afrodisiaci
Ed. Intra Moenia
pag. 439, 17,00.



Medici italiani in Gran Bretagna

La signora Berardi dell'ambasciata britannica, con la quale il nostro giornale ha da tempo una proficua collaborazione, pone un quesito agli Uffici della previdenza. Questa la risposta.

Signor Direttore,

vorrei sapere come percepirà la pensione o le pensioni un:

*- medico di Famiglia o uno specialista che dopo tanti anni in Italia inizia a lavorare in Gran Bretagna e non torna più in Italia.
- medico di Famiglia o specialista che dopo aver lavorato in Italia si trasferisce in Gran Bretagna, lavora per alcuni anni nel Regno Unito e poi ricomincia a lavorare in Italia.*

Nel momento in cui una persona decide di trasferirsi all'estero è fondamentale poter garantire al lavoratore la continuità contributiva previdenziale, assicurargli che lavorare all'estero non comporta conseguenze negative sui suoi diritti alle prestazioni previdenziali e vi sarei grata se mi poteste aiutare a comprendere i meccanismi che regolano questo passaggio. Cordiali saluti e grazie per la cortesia e disponibilità.

Lucy Berardi
NHS Recruitment Office
British Embassy Rome

Gentile signora Berardi,

in ottemperanza alla vigente normativa di sicurezza sociale dei Paesi dell'Unione Europea (Regolamenti CEE 1408/71 e 574/72), estensibile anche ai lavoratori che esercitano attività nel Regno Unito, i periodi contributivi maturati in più Stati possono essere oggetto di totalizzazione.

Tale istituto non trova analogo riscontro a livello nazionale dove operano gli istituti della ricongiunzione, per lo più a titolo oneroso, e, con una disciplina diversa, della totalizzazione italiana.

In ambito internazionale, invece, l'applicazione della totalizzazione, a titolo gratuito, consente di aggiungere ai periodi di assicurazione compiuti sotto la legislazione di uno Stato quelli maturati sotto la legislazione di ogni altro Stato, nella misura in cui è necessario ricorrervi per l'acquisizione, il mantenimento o il recupero del solo diritto, e non anche della misura, alle prestazioni previdenziali e a condizione che tali periodi di assicurazione non si sovrappongano (art. 45, Reg. 1408/71).

L'attivazione dell'istituto in questione viene effettuata, su richiesta del lavoratore interessato, al compimento dell'età pensionabile e, effettivamente, consiste nell'interscambio tra i competenti istituti previdenziali, di apposita modulistica precompilata (formulari E 202, E 205 ed E 207, redatti nelle varie lingue) attestante la carrie-



ra assicurativa del soggetto negli Stati interessati.

Quindi, i medici con i quali Lei è in contatto potranno usufruire, ove necessario, di tale favorevole strumento sia nel caso in cui lavorino in Gran Bretagna senza fare ritorno nel nostro Paese sia, viceversa, qualora si ristabiliscano in Italia dopo aver trascorso un periodo in quella terra.

Mi sembra utile ricordarLe, infine, che, ai sensi delle norme dei Regolamenti dei Fondi gestiti dall'E.N.P.A.M., i requisiti utili per maturare il diritto alla pensione (e che, dunque, escludono la necessità di ricorrere alla totalizzazione) sono:

5 anni di anzianità contributiva, in caso di costanza di contribuzione;

15 anni di anzianità contributiva, in caso di cancellazione o di radiazione dall'Albo professionale. ■



Dati dell'Osservatorio internazionale

L'Europa della salute al microscopio

La Sanità nella UE è il tema della prima puntata di un'indagine promossa dal nostro giornale. Concludiamo con questo secondo articolo relativo alla situazione ospedaliera

di Sara Mero

(parte seconda)

Le esigenze di efficienza e di competitività che gli Stati hanno così imposto agli ospedali hanno determinato altri fondamentali cambiamenti:

- la nomina di vere e proprie figure manageriali a capo di ogni azienda ospedaliera;
- una sensibile diminuzione tanto dei posti letto quanto della durata delle degenze, quest'ultima dovuta in gran parte ad una più rapida dimissione dei pazienti anziani e all'individuazione di alternative al ricovero ospedaliero (Day Surgery e Day Hospital in primis);
- l'emergenza di una vera e propria plethora medica, particolarmente allarmante in Italia ed in Spagna, dove numerosi medici generici trovano difficilmente un impiego e sono contemporaneamente nell'impossibilità di specializzarsi;
- infine, l'esplosione delle convenzioni tra pubblico e privato, indispensabile per decongestionare le strutture pubbliche.

La politica di contenimento dei costi è stata applicata anche al mercato dei farmaci, con la promozione del consumo dei generici (la cui vendita, tuttavia, stenta un po' ovunque a decollare) e l'introduzione di prezzi di riferimento validi su tutto il territorio nazionale. Singolare il caso della Danimarca: se da una parte l'Agenzia Nazionale dei Farmaci identifica i medicinali rimborsabili, dall'altra non esiste un "elenco" delle prestazioni che il SSN si impegna a fornire (eccezion fatta per alcuni controlli nei bambini e nelle donne incinte); nella pratica, è il medico a stabilire, caso per caso, l'utilità e l'opportunità delle richieste del pazien-

te e quindi ad autorizzarne il trattamento in una struttura pubblica. All'opposto, la cosiddetta Assicurazione Sanitaria Obbligatoria tedesca prevede un assai largo spettro di prestazioni; sul fronte della politica farmaceutica, dal 2004 la Germania ha liberalizzato i prezzi dei farmaci da banco, ha aumentato in maniera transitoria i rimborsi dei farmaci coperti dal SSN e ha reintrodotti dei prezzi di riferimento per i farmaci brevettati.

I paesi che più si allontanano dal modello sanitario fin qui delineato sono la Russia, Israele e la Turchia. Il sistema sanitario dell'ex Unione Sovietica si trova tuttora in una fase di transizione: benché l'urgenza di riforme sostanziali sia universalmente riconosciuta, gli obiettivi non sono chiari e ancor meno definite sono le strategie proposte per raggiungerli. La carenza di risorse finanziarie ed umane e l'iniquinà del sistema (dovuta alla diversa crescita economica delle regioni) finiscono con l'incentivare le spese a carico della popolazione o, peggio, i pagamenti illeciti.

La carenza di risorse affligge anche la Turchia, dove l'istituzione di una copertura sanitaria universale, pur essendo obiettivo dichiarato sin dagli anni '60, è ancora allo stadio di utopia, e dove la legislazione in vigore in materia di sanità pubblica risale in gran parte agli anni '20 e '30. Nella realtà, le classi sociali più agiate sono le sole ad avere accesso alle cure mediche. È auspicabile che la prospettiva di entrare a far parte dell'UE induca il governo turco a realizzare quelle riforme indispensabili alla creazione di un vero e proprio SSN.

Quanto alla sanità del giovane stato di Israele, il problema da risolvere

re è tutto nel suo carattere ultrapolitico, che si traduce nel sensibile divario tra i servizi sanitari a disposizione della popolazione ebraica e quelli erogati alla popolazione araba. Oltre a ciò, l'alta incidenza di atti terroristici impone un forte sviluppo dei settori riabilitativo e dell'emergenza.

Concludiamo con alcune considerazioni in merito alla complessa situazione del Regno Unito. Originariamente, il SSN è stato istituito allo scopo preciso di fornire un accesso completo e universale alle cure mediche sulla base delle necessità dei cittadini, piuttosto che sulla loro disponibilità economica. Tuttavia, la natura della sanità pubblica è stata profondamente alterata dal programma di riforme messo in atto dal governo Thatcher all'inizio degli anni '90, quando un vero e proprio micro-mercato è stato autorizzato ad installarsi e ad operare nel cuore della sanità pubblica, nella convinzione che la libera concorrenza avrebbe garantito non solo una più ampia offerta, ma soprattutto una maggiore efficienza e qualità del servizio. La politica sanitaria del governo conservatore ha invece condotto il SSN sull'orlo del collasso, rendendolo iniquo, frammentato e scadente. Non a caso, il primo provvedimento preso dal governo laburista insediatosi nel 1997 è stato quello di abolire il mercato interno alla sanità e di impedire ai medici di base qualunque coinvolgimento con esso, nel quadro di una rinnovata, auspicata cooperazione tra i diversi attori e fruitori del SSN. Il terzo millennio si è dunque aperto con una sfida cui il Regno Unito non può in alcun modo sottrarsi: ridare lustro alla sanità pubblica, restituendole efficienza, equità e qualità. ■ (fine)

Rapido
panorama
socio-politico.
La politica di
contenimento
dei costi.
Carenza
di risorse

Giugno

Piove sul giusto e piove anche sull'ingiusto; ma sul giusto di più, perché l'ingiusto gli ruba l'ombrello.

Lord Bowen, citato da Walter SICHEL

e le sue storie

28 giugno 1914

L'arciduca Francesco Ferdinando viene assassinato a Sarajevo. Si scatena il primo conflitto mondiale.

28 giugno 1919

Il ministro degli esteri tedesco Hermann Muller firma il Trattato di pace di Versailles. Termina così ufficialmente la Prima guerra mondiale.

15 giugno 1932

Nella Valle dei Re, in Egitto, l'archeologo Selim Hassan porta alla luce la piramide di Giza.

24 giugno 1933

L'Istituto dell'enciclopedia italiana viene presieduto da Guglielmo Marconi.

14 giugno 1934

Il pugile Primo Carnera viene battuto a New York per KO tecnico da Max Baer.



Primo Carnera

26 giugno 1936

Viene collaudato in Germania il primo elicottero. È pilotato da Ewald Rohlfs.

6 giugno 1944

Le forze alleate sbarcano in Normandia. È il D-Day.



26 giugno 1945

A San Francisco la carta costitutiva dell'Onu è sottoscritta da 51 Paesi.

2 giugno 1946

Gli italiani scelgono la Repubblica. Al referendum votano per la prima volta le donne.

25 giugno 1950

Scoppia la guerra di Corea. La scintilla è l'invasione da parte dei nord-coreani della parte sud del Paese.

18 giugno 1956

Dopo 70 anni la Gran Bretagna non controlla più il Canale di Suez.

3 giugno 1963

Papa Giovanni XXIII muore. Il successore è il cardinale Montini che assume il nome di Paolo VI.

5 giugno 1967

In Colombia viene pubblicato "Cent'anni di solitudine", il romanzo di Gabriel García Márquez.

6 giugno 1968

Robert Kennedy viene assassinato a Los Angeles.

14 giugno 1968

Il poeta Salvatore Quasimodo muore a Napoli.

21 giugno 1970

Il Brasile è campione del mondo di calcio dopo aver battuto in finale l'Italia per 4 a 1.

17 giugno 1972

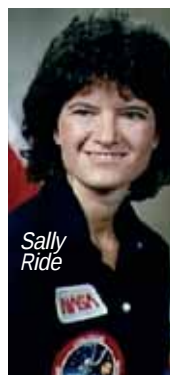
Scoppia negli Stati Uniti lo scandalo Watergate. Tra le persone coinvolte il presidente Richard Nixon.

11 giugno 1977

Nuovo record del mondo nei 400 metri a ostacoli: Edwin Moses (USA) corre in 47,45.

3-4 giugno 1979

DC 38,8% dei voti; PCI 30,4%; PSI 9,8%. Questi alcuni risultati delle elezioni politiche in Italia.



Sally Ride

18 giugno 1983

Per la prima volta una donna sale a bordo della navicella spaziale americana Challenger: si tratta della fisica Sally Ride.

29 giugno 1986

La nazionale di calcio argentina, guidata da Maradona, batte per 3 a 2 la Germania Federale aggiudicandosi i mondiali di calcio.



Diego Armando Maradona

13 giugno 1991

Viene presentato negli Stati Uniti il primo vaccino contro l'Aids.



PREMIO SULLE NEUROSCIENZE

La Sezione Giovani Neurologi della Società Italiana di Neurologia indice per l'anno 2005 il Premio internazionale sulle Neuroscienze intitolato a Luigi Amaducci. La domanda redatta in carta semplice e con la copia di un valido documento d'identità dovrà pervenire unitamente ad un elenco delle pubblicazioni a stampa (non abstract) entro le 12 del 9 settembre 2005 al Presidente della Sezione Giovani, Dr. Fabrizio Vinci - Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Neurologia II, Università degli Studi di Bari, Piazzale G. Cesare, 11, 70124 Bari, Tel.: +0039-80-5478556; Fax: 0039-80-5478532, E-mail: fabriziovinci@yahoo.it. Il premio verrà consegnato nel corso del XXXVI Congresso della Società Italiana di Neurologia che si terrà a Cernobbio dall'8 al 12 ottobre 2005. Per maggiori informazioni consultare il sito www.neuro.it - link: XXXVI Congresso SIN Cernobbio 2005.

ADDIO BRUTTI RICORDI

Brutti ricordi? Non pensateci più! La rivista "Nature Neuroscience" ha, infatti, pubblicato uno studio francese che dimostra come, disattivando un particolare enzima chiamato "MAPK" ("proteina chinasi attivata dal mitogeno"), la memoria riesca a cancellare i ricordi brutti e le esperienze psicologicamente negative. A detta dello scienziato P. V. Piazza, dell'Università "V. Segalen de Bordeaux 2", questa importante scoperta, consentirà di comprendere meglio anche il meccanismo atto a regolare la memorizzazione e l'assunzione di sostanze stupefacenti.

ATTENZIONE AL LATTICE

Al giorno d'oggi le allergie rappresentano un fastidioso problema per milioni di persone. Esiste, però, un tipo di allergia che è particolarmente insidiosa proprio perché incontrollabile: l'allergia al lattice. Nel mondo più di 50.000 tipi di prodotto contengono o sono fatti di lattice, materiale prodotto dalla linfa naturale dell'albero della gomma. Uno specifico congresso sul tema si è svolto ultimamente a Firenze e i dati riportati sono allarmanti: basti pensare, infatti, che questo singolare tipo di allergia se, in Italia, causa ogni anno circa 40 decessi negli Usa arriva a provocare fra i 150 e i 200 morti.

di Marco Vestri

FINANZA ETICA

L'Italia, per "rating etico", attualmente si colloca al 21° posto tra i Paesi Ocse. Il dato è dell'Agenzia europea di investimenti standards ethics

di Simone Giovannelli

Quanti di noi pensano che la ricchezza conduca alla felicità? Indubbiamente assieme alla salute e alla buona fama essa esprime il godimento pieno dei beni della vita. Nella rivelazione biblica, però, l'acquisisce "rettamente" chi dimostra qualità umane notevoli. E la morale è un tratto essenziale dell'essere virtuoso. Essere socialmente responsabili è quindi biblica conditio sine qua non affinché la Provvidenza renda l'uomo ricco. Ma senza sconfinare nel campo del trascendente, essere socialmente responsabile può rendere l'uomo più ricco in qualche modo? La ricerca di un livello sempre più alto di opulenza spesso mette in secondo piano la considerazione di quale uso venga fatto del risparmio affidato ad una banca o ad un altro intermediario finanziario. Il denaro potrebbe tranquillamente essere dirottato, a nostra insaputa, nella costruzione di armi, nel sostegno di aziende che si reggono grazie allo sfruttamento del lavoro minorile, nel consolidamento di grossi impianti industriali deleteri per l'ambiente. I musulmani si lamenterebbero se il denaro venisse destinato alla produzione di insaccati di maiale o di bevande alcoliche...

Un comportamento "etico" (dal greco *ethos*: condotta) è tale se volge al conseguimento del bene in conformità con la legge morale del tempo e del luogo in cui si vive. I Quaccheri del XVI secolo, ad esempio, non investivano in imprese che faceva-

no uso di schiavi. Nell'Ottocento furono i Battisti e i Metodisti a non investire in imprese produttrici di armi, tabacco e alcool. A quest'etica "religiosa", negli anni sessanta si affianca un'etica "laica", rivolta alla tutela dell'ecosistema e dello sviluppo sostenibile, per coniugare insieme alla prima la legge morale a tutto tondo, che oggi si rispecchia quasi fedelmente nei valori propugnati dalle Nazioni Unite e che trovano il pro-



prio manifesto nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (1948).

Si può investire nel comparto "etico" aprendo un conto di deposito presso una banca popolare etica (che si occuperà di erogare "microcredito" ad associazioni culturali, cooperative sociali e simili), oppure sottoscrivendo quote di fondi comuni del comparto o prodotti di altra natura (fondi pensione ed obbligazioni "strutturate").

Non pensate però alla finanza

etica come ad un'opera pia: l'investimento dev'essere sì socialmente responsabile, ma anche economicamente "vitale"; è vero che si riduce lo spettro delle alternative di investimento a disposizione del gestore, ma è anche vero che le società o i Paesi su cui le iniziative etiche puntano sono caratterizzati da più elevati livelli di trasparenza, da un'immagine commerciale di primo piano e da un minor "rischio opinione pubblica" (pen- sate alla Nike che ha dovuto ammettere pubblicamente di aver sfruttato il lavoro minorile nei suoi stabilimenti nel sud-est asiatico).

Anche in questo settore si parla di rating, o meglio, di "rating etico", attribuito da agenzie indipendenti, e diretto a valutare attraverso un punteggio standardizzato (da EEE a sospeso/non attribuito) la responsabilità sociale ed ambientale dei principali Paesi e imprese private. In base alla classifica stilata dall'Agenzia Europea di Investimenti Standards Ethics, l'Italia (EE) risulta essere al 21° posto

per rating etico tra i paesi OCSE, in compagnia di USA e Giappone.

Lo sviluppo di questi strumenti è strettamente legato alla trasparenza dell'iniziativa: criteri di selezione/esclusione chiari e non contraddittori, controlli sull'operato dei gestori, redazione di bilanci "sociali". La finanza etica non è tale se non rispetta chi la sostiene, chi in fondo pensa, come diceva Thoreau che "la bontà è l'unico investimento che non fallisce mai". ■

L'ATTIVITÀ FISICA 'RISVEGLIA' I GENI DEL MUSCOLO



Uno studio del Karolinska Institutet di Stoccolma ha definitivamente consacrato l'attività fisica come toccasana per una serie di patologie croniche e come elisir di lunga vita. Per la prima volta uno studio ha dimostrato che l'allenamento (i partecipanti allo studio si sono esercitati alla cyclette per 6 settimane di seguito) influenza l'attività di una serie di geni, 500 per la precisione. Per la verità, i ricercatori svedesi hanno evidenziato anche una notevole variabilità di attivazione di queste centinaia di geni da persona a persona, ma il da-

to resta comunque eclatante. L'esercizio fisico regolare rientra da tempo nelle più importanti misure di stile di vita consigliate ai pazienti in tutto il mondo per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, del diabete, dell'ipertensione, solo per citarne alcune. L'attività fisica inoltre non solo migliora lo stato di salute e la qualità della vita ma è anche un vero elisir di lunga vita, come dimostrano gli studi epidemiologici. Fino ad oggi però non era noto quali fossero i meccanismi alla base di tutte queste azioni positive, ma lo studio del Ka-

rolinska li sta cominciando a chiarire. Alcuni dei 500 geni attivati dall'esercizio fisico sono infatti sicuramente coinvolti nel determinismo del diabete e delle malattie cardiovascolari. Peccato però che non tutti rispondono allo stesso modo all'allenamento.

(Fonte: *The FASEB Journal*, 2005;19:750-760)

a cura di
**Maria Rita
Montebelli**

(Sull'utilità degli esercizi fisici, il nostro giornale ha aperto una rubrica affidata ad un esperto)

Leggere nei geni la risposta alla terapia

Sono 18 i geni che decidono del destino dei pazienti affetti da virus dell'epatite C e la loro caratterizzazione consente di determinare il tipo di risposta alla terapia con interferone. Tra non molto potrebbe dunque essere possibile prevedere con un semplice test quale sarà la risposta alla terapia nei diversi pazienti con infezione da HCV. E non solo. Visto che questi geni sembrano implicati nella capacità che ha l'ospite di eliminare il virus, una loro più approfondita conoscenza potrebbe portare alla messa a punto di nuove terapie anti-virali. L'eccezionale scoperta, effettuata dai ricer-

catori del Western Hospital di Toronto è scaturita da uno studio effettuato su 31 pazienti con epatite cronica da HCV, tutti sottoposti a biopsia epatica prima e dopo un trattamento a base di ribavirina e interferone. Attraverso la tecnologia dei *microarray*, sono stati esaminati i pattern dei geni di tutti i partecipanti (circa 19.000 i geni studiati in ogni paziente); questo ha permesso di circoscrivere la differenza tra *responder* e *non responder* al trattamento, in appena 18 geni. In particolare i geni dei *non responders* sembrano attivati in modo 'caotico' ed 'eccessivo' dalla terapia con

interferone, che quindi risulta inefficace. In un prossimo futuro quindi potrebbe essere possibile conoscere in anticipo la risposta alla terapia con interferone, avendo a disposizione la biopsia epatica del paziente ma forse anche un semplice prelievo di sangue, risparmiando così tempo e soprattutto inutili fastidi ai pazienti. Alla terapia standard (interferone + ribavirina) per l'epatite cronica da HCV rispondono in genere il 50% dei pazienti con genotipo 1, il più diffuso nel mondo.

(Fonte: *Gastroenterology*, maggio 2005)

Le frittiture ottenute da oli vegetali altamente insaturi rappresentano un pericolo per la salute e uno studio dell'Università del Minnesota ha individuato anche il 'colpevole'. Si tratta del 4-idrossi-trans-2-nonenal (HNE), un derivato dell'acido linoleico, che si forma scaldando l'olio ad elevate temperature. Si tratta di un allarme importante, visto che solo fino a ieri, oli vegetali quali quello di soia, di mais o di semi di girasole erano ritenuti 'sani' per il cuore, per gli elevati livelli di acido linoleico in essi

contenuti. La scoperta che il temibile HNE viene incorporato all'interno del cibo fritto, potrebbe far rivedere l'attitudine positiva nei confronti di questi oli. Una volta assorbito dall'organismo infatti questo composto interagisce con proteine, DNA, RNA e altre biomolecole e potrebbe giocare un ruolo importante nel determinismo di aterosclerosi, ic-

tus, Parkinson, Alzheimer ed epatopatie. Questo lavoro sottolinea la pericolosità non degli oli vegetali in quanto tali naturalmente, ma di quella insita nel loro riscaldamento ripetuto, come quello legato al loro riutilizzo per le frittiture.

(Fonte: 96° congresso dell'American Chemists Society – Salt Lake City, 4 maggio 2005)

Se il fritto fa male

Un sovversivo si aggira tra noi

RISATE QUASI SEMPRE AMARE

di Maricla Tagliaferri

Un sovversivo si aggira fra noi. Si chiama Vincenzo Salemme. E' autore, regista e attore per il teatro e per il cinema. Ha mosso i primi passi sul palcoscenico al fianco del grande Eduardo, poi ha volato da solo, raccogliendo intorno a sé un pubblico sempre più grande, via via perfezionando la formula di farti sbellicare dalle risate, per poi darti la stangata della riflessione amara. Al centro dei suoi lavori quasi sempre la malattia: un cardiopatico era il protagonista di "L'amico del cuore", un cieco in "Amore a prima vista", un paralitico in "A ruota libera", uno smemorato in "Volesse il cielo", un ritardato mentale in "E fuori nevicava", un folle in "Di mamma ce n'è una sola". Fino al tossicomane ideologico - malattia inventata di sana pianta ma non per questo improbabile - di "Cose da pazzi", ottimo incasso cinematografico, ma addirittura da record a teatro, dove aveva il titolo di "Lo strano caso di Felice C."

Signor Salemme, perché un tema così delicato?

Francamente non lo so. Me la potrei cavare con una banalità: per esorcizzare. Ma non è così semplice. E' che mi colpisce profondamente lo spavento negli occhi del malato. Io racconto storie e sentimenti e la paura dell'essere malati è il sentimento più autentico che proviamo, più dell'amore. Perché è il primo incontro con la morte, segna l'inizio del disincanto, la perdita della fiducia in se stessi. Quando ti ammali seriamente senti che qualcosa si porta via un parte di te e non puoi farci niente. E', per eccellenza, il momento della verità.

Ma allora perché ci ride sopra?

Per provocazione. A me dà fastidio dare per scontato che su certe cose si può ridere e su altre no. Chi l'ha stabilito? Trattare i malati solo come oggetti di pietà è un modo per allontanarli da noi, ghettizzarli, farli sentire in colpa. La cultura cattolica ammette, anzi esalta il dolore, ma non concede il lamentarsi. In questa società il dolore va allontanato, coperto, è brutto, disturba l'ordine perché è un cambiamento violento. Oserei dire che la malattia ha qualcosa di rivoluzionario, quando è troppo grande può dare la forza di prendere decisioni estreme. Quando il dolore è enorme, ci si ribella. Il dolore vince su tutto.

E poi nei suoi testi è il "sano", il normale, a fare brutta figura.

E' perché non ci credo alle persone "normali", la normalità,

Giovane regista e attore, Vincenzo Salemme nei film ha affrontato "a modo suo" il tema della malattia. Tra i protagonisti: cardiopatici, paralitici, non vedenti, ritardati mentali

come la salute, spesso è una finta e io mi vergogno di fingere, anche con me stesso.

Lei ha conosciuto la malattia?

Avevo diciassette anni e sembrava molto grave. Per fortuna fu un falso allarme ma ho vissuto la paura di morire. Di mio sono pauroso, ma quella volta vedere lo spavento negli occhi di chi mi voleva bene, mi ha fatto venir voglia di scherzare. Non sopporto la sofferenza delle persone che amo.

Coi medici che rapporti ha?

Sereni. Posso dire con una certa presunzione che mi accorgo subito se un medico è bravo o no.

E come fa?

Guardo il modo in cui si rapportano al paziente. Quelli bravi lo tranquillizzano, gli altri lo spaventano. Un mediocre tenderà sempre a vendicarsi mettendoti paura, appena avrà un piccolo potere su di te, cosa che vale dovunque, intendiamoci, in qualunque campo. Una persona di talento, invece, sorride alla vita. Se fa il medico, potrà anche sbagliare, come tutti, però ti guarderà con occhi sereni, aperti, sorridenti e ti darà la forza di guarire.

Si guarisce col sorriso, intende?

Si guarisce anche con la disponibilità a guarire. Se il tuo cervello, il tuo cuore non vanno incontro alla malattia, non cercano di capire e perfino accettare quest'intrusa che sta cambiando il tuo corpo, non avrai nessuna possibilità di combatterla. ■



IL BLUES HA COMPIUTO CENTO ANNI: È STORIA

Non c'è brano ragtime, jazz, swing, be-bop, boogie-woogie, rock and roll e giù giù fino alla canzonetta e, ancor più giù, alla disco-music, che non debba qualcosa al blues, il padre, il fondamento di quasi tutta la musica moderna occidentale. Da Stravinsky a Gershwin, da Presley ai Beatles, da Sinatra a Mina, dai Pink Floyd a Metheny e tanti altri, il blues è l'anima invisibile ma presente nelle loro ispirazioni.

testo e foto di Piero Bottali

Siamo nel 1903: nella stazioncina di Tutwiler, nel Delta del Mississippi, William Christopher Handy (1873-1958) ascolta un negroamericano (Henry Sloan?) accompagnare uno strano, lamentoso, reiterato canto su una sgangherata chitarra passando sulle corde una lama di coltello. Gertrud Ma' Rainey dice di aver ascoltato questa musica nel 1902, come Jelly Roll Morton, che lo udì cantare dalla mitica Mamie Desdome di New Orleans la quale, accompagnandosi al piano sempre con gli stessi accordi, ripeteva le uniche, tristi parole: "Me ne stavo all'angolo della strada coi piedi zuppi / E agli uomini che passavano chiedevo: / Se proprio non puoi darmi un dollaro, dammi un pidocchioso decimo / Devo dar da mangiare al mio uomo, che ha fame...". Nessuno dei tre sapeva di cosa si trattasse ma Handy - un furbissimo autopromotore negro - se ne prese stilemi, merito e idea e scrisse la celebre Saint Louis Blues (che tuttavia non è un blues) proclamandosi 'padre' di questo nuovo genere. Gli fece eco Morton - un creolo, immenso musicista e uomo meschino - che modestamente si definì "creatore" del jazz e dello stomp (lo stomp è un ritmo di danza negroamericana, in tempo pari, affermatosi col primo jazz negli anni '20). Comunque, fra il 1905 e il

1908 il socio-musicologo Walter Odum raccolse nella regione del Delta numerosi ma già diversificati blues, spesso eseguiti sfregando sulle corde della chitarra un collo di bottiglia oppure una lama di coltello. Il blues era nato.

Ma nessuno lo aveva inventato: al pari di altre grandi scoperte dell'umanità avvenute quando se ne sentiva la necessità - il fuoco dell'Homo Erectus, la ruota e la scrittura dei Sumeri, la navigazione con le stelle dei Fenici, il concetto di democrazia nella Grecia antica - il blues stava nell'aria, ne aveva impregnato la sua epoca ed era arrivato il momento per emergere nella consapevolezza collettiva di un popolo di grande sensibilità musicale: i negri d'America.

Tecnicamente, il blues è la fusione di musiche eterogenee: le work songs nere e gli inni luterani, i negro minstrel shows (spettacoli musicali vaganti su carrozzoni), il country e le ballate anglosassoni. Ma anche memorie di ritmi della madre Africa e dei griots vagabondi che pizzicando la loro kora tramandavano i fatti nel tempo. Inoltre il blues è affermazione di identità razziale, elemento di coesione e riscatto di un popolo tratto schiavo, malinconia esistenziale, inquietezza senza nome, pulsione sessuale, intimismo e magia. E non è solo musica ma atto maieutico, autoconforto, lirismo.

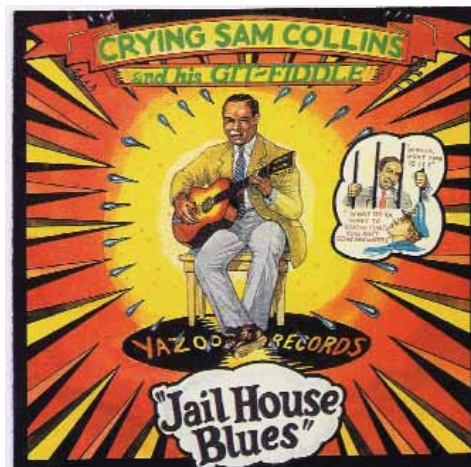
Lo stile responsoriale e la scala

pentatonica sono entrambi ricordi dell'Africa; otto o dodici le battute con la terza e la settima nota (blues notes) bemolizzate a creare un senso di malinconia nell'ascoltatore.

I primi bluesmen del '900, spesso ciechi per carenze alimentari, poverissimi, randagi, emarginati, certamente analfabeti, sono da collocare fra i grandi musicisti di tutti i tempi. Il minuto e irascibile Charley Patton, il roco blind Willie Johnson con la moglie Angelina dalla voce cristallina, il lamentoso Sam Collins, l'etilizzato cronico Tommy Johnson, l'irraggiungibile virtuoso blind Arthur Blake, blind Lemon Jefferson, il pazzo Robert Johnson, il misterioso Willie Brown (non sappiamo nemmeno se sia esistito veramente), il mite 'Mississippi' John Hurt, l'elegantone blind Boy Fuller (Fulton Allen), il sublime armonicista John Lee 'Sonny Boy' Williamson, il delicato Arthur 'Big Boy' Crudup - per citarne solo alcuni - non suonarono mai in un teatro ma nei cantieri, nelle prigioni, per strada o nei bordelli (barrelhouse).

Ormai sono tutti scomparsi e di molti di loro si è quasi persa memoria. Ma la musica che seppero far scaturire 100 anni fa ha conquistato il mondo. ■

Uno dei primi dischi di blues: Jail House Blues di 'cryng' Sam Collins (collezione dell'Autore)



Petali delicati e dolci nettari

In natura esistono fiori di colori la cui bellezza ha ispirato generazioni di pittori: è il caso della digitale e della speronella. Anche alcuni frutti sono inimitabili, come nel caso dell'arancio

di **Diana Geraldini**

CAMPANELLE DELLE FATE

Abbelliamo un angolo del nostro giardino, e anche del terrazzo, con piante che faranno ricordare il mondo delle favole per la forma e i colori dei loro fiori. Le campanelle delle fate (o anche i ditali delle fate) non sono altro che le rustiche digitali. Da un ciuffo di foglie color verde intenso si alza un lungo stelo che può raggiungere un metro e venti, contornato da corolle campanulate rosa, porpora o bianche, con macchie scure all'interno. Nessuno può immaginare che in un solo gambo si possano raccogliere tanti fiori e c'è chi ne approfitta: sono gli insetti, specie i calabroni, che li usano come loro rifugio notturno; in questo modo aiu-

tano l'inseminazione della pianta.

La speronella o delfinio è un'altra pianta dalla fioritura spettacolare. Lo stelo, alto circa un metro, nasce da un gruppo di foglie simili alle felci e i fiori, che si aprono intorno al gambo, sembrano farfalle azzurre, lilla, bianche e rosa. Si dice che le corolle di questa pianta abbiano le tonalità blu più belle del regno vegetale. Infatti nello stesso fiore esistono petali che vanno dal blu genziana all'indaco o dal blu scuro all'azzurro. Se alla fine della fioritura si recidono gli steli a livello del terreno la speronella produrrà nuovi germogli alla base, aumenterà di volume e ci regalerà la sua stupenda fioritura per alcuni anni.

IL FRUTTO DEL SOLE

Già duemila anni prima di Cristo i cinesi apprezzavano moltissimo le succulente arance, che chiamavano i frutti del sole. Solo venti secoli più tardi gli aranci cominciarono ad apparire sulle coste del mediterraneo portati dall'Estremo Oriente, da mercati che si spingevano sino a quelle remote regioni. Ma fu nel Rinascimento che queste piante cominciarono ad avere un periodo di massimo splendore; difatti non mancavano mai nei giardini dei grandi signori dell'epoca dotati di enormi aranciere dove le piante, coltivate in vaso, erano custodite nei mesi invernali (una delle più belle d'Italia è quella di Boboli,

a Firenze, creata dai Medici). L'arancio, il cui nome scientifico è "citrus sinensis" che conferma la sua origine cinese, non sopporta i climi rigidi e quindi può essere coltivato nelle zone temperate della nostra penisola. Infatti dalla Campania in giù non ha alcune difficoltà ad essere allevato all'aperto. Come non ricordare la famosa Conca d'Oro nel Palermitano: un'immensa vallata che nel periodo della fruttificazione costituiva uno spettacolo meraviglioso e che oggi, purtroppo, si sta via via ridimensionando sotto l'aggressione del cemento. Comunque l'arancio lo si può coltivare anche nelle regioni del nord con l'accortezza di metterlo in vaso dove vive benissimo, purché all'arrivo dei primi freddi venga ricoverato in un luogo riparato dove la temperatura non scende sotto una decina di gradi. Poi in primavera, quando il termometro comincia a risalire, lo si porta all'aperto e, soprattutto se collocato in un grande vaso di terracotta, costituisce per il giardino o per la terrazza un bellissimo componente d'arredo dal profumo inebriante dei suoi fiori.

L'arancio è una pianta sempreverde e solo se esposto ai rigori invernali senza alcuna protezione soffre e perde gran parte delle foglie. E' questo il periodo migliore per mettere in piena terra il nostro arancio scegliendogli un angolo riparato dai venti e ben soleggiato. Altrimenti, come s'è detto, poniamolo in un vaso che abbia almeno 50 centimetri di diametro. Questa pianta non ha bisogno di molte cure: una volta messa a dimora, concimiamola periodicamente (in particolare in vista della fioritura e dello sviluppo dei frutti) con stallatico o con un prodotto specifico per gli agrumi e innaffiandola abbondantemente. Attenzione però ai ristagni d'acqua che potrebbero far marcire le radici e portare la pianta alla morte.

Un'altra raccomandazione: evitate i terreni argillosi che vengono mal sopportati dall'arancio. Dopodiché buone spremute. ■





MI SONO DIMENTICATA

Caro Presidente,
inavvertitamente ho omesso, in merito alla dichiarazione di attribuzione della quota B relativa alla libera professione dell'anno 2003, di barrare la relativa casella di attribuzione della quota ridotta del 2% in quanto medico dipendente da struttura convenzionata col sistema sanitario nazionale (medico di continuità assistenziale). Pertanto ti chiedo cortesemente il ricalcolo della suddetta quota per il rinvio, come da te suggeritomi, del bollettino postale di pagamento.

Certo della tua collaborazione ti invio cordiali saluti.

(Lettera firmata)

*Cara Collega,
l'articolo 4, comma 2, del Regolamento del Fondo di previdenza generale, stabilisce che l'istanza di ammissione alla contribuzione obbligatoria ridotta deve essere presentata, entro il termine stabilito dal Consiglio di Amministrazione. Tale termine è stato fissato al 31 luglio di ogni anno e differito, esclusivamente per la presentazione del modello D 2004, al 30 settembre u.s. con delibera n° 62 del 24 settembre 2004.*

Nelle istruzioni allegate al modello D 2004 è stato chiaramente evidenziato che, in caso di presentazione della richiesta di contribuzione ridotta oltre i termini regolamentari "essa si intenderà riferita agli eventuali redditi professionali prodotti nell'anno 2004, i cui contributi saranno versati con l'aliquota del 2% nell'anno 2005; al contrario il contributo relativo ai redditi prodotti nell'anno 2003 verrà calcolato nell'anno in corso in misura intera".

Considerato che con il modello D 2004 trasmesso a questa Fondazione non è stata esercitata l'opzione per l'accesso alla contribuzione ridotta e che la tua successiva istanza è pervenuta all'Ente oltre i suddetti termini devo purtroppo comunicarti che non è possibile effettuare, per l'anno di reddito 2003, il ricalcolo del contributo dovuto sulla base dell'aliquota del 2%. Ti preciso, tuttavia, che la domanda di ammissione alla contribuzione ridotta tardivamente presentata esplicherà i suoi effetti, conformemente a quanto previsto dal vigente Regolamento, a partire dagli eventuali redditi professionali prodotti nel corso dell'anno 2004.

Cari saluti.

Eolo Parodi



CHI MI PAGA L'AUTO?

Caro Presidente,

in seguito ad una grandinata eccezionale del mese di giugno 2003 ho subito dei gravi danni all'autovettura ed in ragione di quanto previsto nell'art. 6 comma 1 delle norme di attuazione delle disposizioni di cui al titolo IV del Fondo di previdenza generale, ed in seguito alla dichiarazione di calamità naturale avvenuta con decreto del ministero delle Politiche agricole e forestali del 29/10/03 (l'art. 2 comma 2 della legge 14 febbraio 1992 n. 185 domanda al ministero delle Politiche agricole la facoltà di dichiarazione dello stato di calamità naturale), ho chiesto, tramite l'Ordine dei medici provinciale, un contributo assistenziale per fronteggiare i danni subiti dall'evento calamitoso.

In risposta ho ricevuto una lettera del servizio assistenza con la quale si nega il contributo perché nel decreto emanato dal ministero si dichiara lo stato di calamità naturale nei territori agricoli di alcuni Comuni delle Province di Macerata e Ascoli Piceno, e in esso si fa riferimento a danni alle produzioni agricole. Ritengo che tale interpretazione del regolamento sia estremamente restrittiva e penalizzante, in quanto la lettura dell'art. 6 comma 1 del regolamento di cui sopra è chiara ed inequivocabile.

Il sottoscritto infatti, possiede tutti i requisiti previsti per la concessione del contributo ovvero:

- * la residenza nel Comune in cui è avvenuto l'evento calamitoso
- * la dichiarazione di calamità naturale emanata con decreto ministeriale
- * il danno al bene mobile.

Nello stesso decreto ministeriale è inoltre specificato che, per chi ha subito dei danni riconducibili alla calamità naturale medesima, saranno applicate le specifiche provvidenze previste nelle leggi n. 185/92 e n. 256 del 13/11/2002, attualmente ricomprese nel D. Lgs. 29/03/2004 n. 102 nelle quali sono compresi contributi anche per fabbricati, infrastrutture e beni mobili.

Se l'interpretazione data dal servizio, è riferita al fatto che il decreto parla di danni alle produzioni agricole e non a beni mobili ed immobili, le normative attuative del decreto stesso riconoscono, come detto sopra, contributi anche per beni mobili, immobili ed infrastrutture.

Inoltre, l'art. 6 del regolamento dell'Enpam, peraltro, non fa riferimento a nessuna specifica dicitura che dovrebbe essere contenuta nel decreto di calamità naturale, essendo sufficiente che il danno subito sia derivante dall'evento calamitoso formalmente riconosciuto.

Alla luce di quanto sopra detto, ritenendo che sia di per sé incontestabile il nesso tra l'agente che ha causato la calamità ed il danno subito, si chiede alle SSLL che l'istanza di richiesta di contributo venga accolta.

Colgo l'occasione per inviare cordiali saluti.

(Lettera firmata)

Caro collega,

la disposizione recata dall'art.6, primo comma, delle "Norme di attuazione delle disposizioni di cui al Titolo IV del Regolamento del Fondo di previdenza generale", prevede il riconoscimento da parte dell'E.N.P.A.M. di un

sussidio assistenziale straordinario in favore degli iscritti che abbiano riportato danni a beni mobili ed immobili in conseguenza di eventi calamitosi a condizione che il riconoscimento dello stato di emergenza, in ordine a tali calamità naturali, sia disposto con decreto del presidente del Consiglio dei ministri.

Nel caso che ti riguarda, in occasione delle grandinate che nell'anno 2003 hanno colpito le province di Ascoli Piceno e Macerata, è stato emanato un decreto da parte del ministro delle Politiche agricole e forestali il cui diverso ambito di operatività ha reso, pertanto, insensibile alla tua domanda l'applicazione del suddetto art.6.

A tal riguardo, ritengo opportuno precisarti ulteriormente che il decreto del 29 ottobre 2003, così come da te peraltro confermato, è stato emanato in attuazione dell'art.2 comma 2 della legge 14 febbraio 1992 n.185, recante la "Nuova disciplina del Fondo di solidarietà nazionale" per individuare un elenco dei territori agricoli danneggiati dalle suddette avversità atmosferiche a cui concedere le provvidenze in dotazione del Fondo di solidarietà nazionale altrimenti non previste.

Nel manifestarti, pertanto, rammarico per l'impossibilità oggettiva di poter soddisfare la tua richiesta, ti porgo cordiali saluti.

E. P.



C'È SOMMA E SOMMA

Caro Presidente,

da più di quattro anni, godo della pensione del Fondo generale e dal 2004 della pensione del Fondo speciale dei medici di medicina generale. Vorrei qualche chiarimento:

1. in ordine alla pensione del Fondo generale, che come si sa varia di anno in anno in rapporto ai dati ISTAT, ho percepito nell'ultimo anno, fino a tutto il dicembre 2004, la somma netta di 156,34 euro; essendo detta somma di entità minimale e, perciò intassabile, essa è stata percepita al netto;

2. in ordine alla pensione del Fondo speciale, dopo la riscossione del 15% del capitale rivalutato e dopo la riscossione degli arretrati, sto percependo una pensione mensile lorda di euro 2.867,95, a partire dal 1° gennaio 2005;

3. a questo punto, però, a partire dal 1° gennaio 2005, l'ENPAM esegue una operazione alquanto strana di cumulo tra due somme non omologhe, né analoghe; ossia vengono cumulate una somma netta già per l'innanzi percepita dal sottoscritto di euro 156,34 al mese, più una somma lorda di euro 2.867,95 al mese, relativa alla pensione del Fondo speciale.

Ciò che il sottoscritto contesta è il fatto davvero singolare che, nel computare le detrazioni e le ritenute d'acconto con una sola operazione aritmetica, codesto ente commette un grave errore. L'errore si riferisce non tanto alla somma relativa al Fondo speciale (si vedrà dopo, tra poco, anche questo punto), quanto alla somma relativa al Fondo generale, quella di euro 156,34 al mese, la quale viene sottoposta ad una minorazione ingiustificata e ad una pesante ritenuta d'acconto congegnata nel seguente modo:

euro 156,34 - il 23% di ritenuta d'acconto (pari a euro 35,95) = euro 120,39

Il risultato è davvero sorprendente, poiché, dal percepire euro 156,34 al mese netti (pari a circa lire 300.000 del vecchio conio), si giunge, dopo una ritenuta d'acconto di euro 35,95 al mese (pari a lire 69.000 del vecchio conio), ad una somma netta di euro 125,95 (pari a lire 233.000 circa al mese).

Egregio Presidente ti confesso che mi sento davvero a disagio, poiché dal nostro ENPAM non mi sarei mai aspettato una siffatta operazione di scrematura e di ingegneria contabile.

In poche parole non sto affermando che il cumulo di due o più somme non si può operare; il cumulo, però, si deve operare o tra somme tutte lorde oppure tra somme tutte nette. Attendo un chiarimento.

Cordiali saluti.

(Lettera firmata)

Egregio collega,

la tua tesi in merito alla non assoggettabilità delle pensioni ad imposizione fiscale, pur meritevole di attenzione, non trova conforto nell'attuale quadro giuridico di riferimento.

La vigente normativa fiscale, infatti, impone agli Enti previdenziali, in qualità di sostituti di imposta, di operare su tutti i trattamenti pensionistici erogati le ritenute fiscali determinate in base agli scaglioni IRPEF previsti per i lavoratori dipendenti.

La ratio di tali disposizioni è di esonerare i titolari di pensioni che non dispongono di ulteriori redditi dal presentare la dichiarazione dei redditi.

Ti preciso, altresì, che quando tu beneficiavi esclusivamente della pensione a carico del Fondo di previdenza generale, l'E.N.P.A.M. non effettuava alcuna trattenuta fiscale sulla tua pensione, in aderenza al dettato normativo, in quanto detta prestazione, al netto degli oneri deducibili e delle detrazioni fiscali, non risultava imponibile.

Tuttavia, in sede di presentazione della dichiarazione dei redditi, le prestazioni pensionistiche a te corrisposte e certificate dall'E.N.P.A.M. tramite la dichiarazione fiscale (CUD), concorrevano alla determinazione del tuo reddito imponibile e della relativa imposta da te dovuta all'Amministrazione Finanziaria.

Confidando che le spiegazioni fornite siano state esauritive, colgo l'occasione per inviarti i miei più cordiali saluti.

E. P.

Attività degli Organi Collegiali della Fondazione

RIUNIONI E.N.P.A.M. MARZO-APRILE 2005

Il Consiglio di Amministrazione si è riunito in due sedute nei giorni 3 marzo e 22 aprile. In totale sono state adottate n. 17 delibere.

Il Comitato Esecutivo si è riunito in due sedute nei giorni 4 marzo e 21 aprile. In totale sono state adottate n. 14 delibere.

Le Commissioni Consiliari si sono riunite per un totale di 6 volte.

Il Comitato Consultivo del Fondo Speciale di Previdenza per i medici Specialisti Esterni si è riunito il giorno 20 aprile.

Il Comitato Consultivo del Fondo di Previdenza degli Specialisti Ambulatoriali si è riunito il giorno 20 aprile.

POSIZIONI CONTRIBUTIVE DEGLI ODONTOIATRI

(continua da pag. 11)

Per favorire il ripristino dell'anzianità contributiva relativa ad attività convenzionale svolta antecedentemente al 1° gennaio 1995, per la quale si sia proceduto alla restituzione degli importi versati dalle AA.SS.LL., ed al fine di non penalizzare i laureati in Odontoiatria nell'accesso agli istituti di riscatto – in analogia a quanto già deliberato dal Consiglio di Amministrazione per il Fondo della Libera Professione - Quota B del Fondo Generale – si è disposto, ai soli fini del raggiungimento dei 10 anni di contribuzione richiesti dal Regolamento dei Fondi Speciali per l'accesso ai riscatti – di equiparare i periodi di contribuzione precedenti al 1° gennaio 1995 (ancorché oggetto di restituzione) a periodi di contribuzione effettiva.

Pertanto, ai soli fini dell'accesso ai riscatti previsti dai Regolamenti del Fondo Specialisti Ambulatoriali e del Fondo Specialisti Esterni, i periodi precedenti al 1° gennaio 1995, coperti da versamenti contributivi anche oggetto di restituzione, si cumulano all'anzianità contributiva effettiva. Tali periodi non vengono considerati ai fini del calcolo della riserva matematica di cui all'articolo 3, comma 3, dei citati Regolamenti. Conformemente a quanto già deliberato dal Consiglio di Amministrazione per i laureati in Odontoiatria iscritti al Fondo della Libera Professione

ne – “Quota B” del Fondo Generale, si è, altresì, disposto di integrare la suddetta disciplina con una disposizione transitoria che, entro precisi limiti temporali, consenta a quanti in virtù del beneficio introdot-

**Un iter preciso
per presentare le
domande di
riscatto da parte
dei laureati in
Odontoiatria.
L'equiparazione
con i medici
chirurghi**

to avessero già raggiunto il requisito dei 10 anni di anzianità, di veder retroagire la propria domanda al momento del raggiungimento del requisito medesimo. In caso contrario, considerato il lasso di tempo

trascorso dal 1995, tale beneficio verrebbe di fatto vanificato.

In particolare, il C.d.A. ha deliberato che le domande di riscatto presentate dai laureati in Odontoiatria entro sei mesi dall'approvazione da parte dei Ministeri vigilanti della delibera dell'Ente (stabilisce, ai fini dell'accesso ai riscatti, l'equiparazione ai periodi di contribuzione effettiva dei periodi di contribuzione –anche oggetto di restituzione –precedenti al 1995) siano convenzionalmente considerate come prodotte il 1° gennaio dell'anno successivo a quello di conseguimento dei requisiti.

In tal modo, la posizione dei laureati in Odontoiatria, ai fini dell'accesso ai riscatti, viene sostanzialmente equiparata a quella dei medici chirurghi, i quali hanno avuto regolarmente accreditata la contribuzione previdenziale anche anteriormente al 1° gennaio 1995 ed hanno, quindi, potuto presentare domanda di riscatto immediatamente dopo aver maturato 10 anni di attività effettuata per conto del SSN. ■

Ernesto Del Sordo

Vice Direttore Generale Enpam



Per un “salto” tipografico l'articolo dal titolo “Prestazioni occasionali: equivoci da chiarire” pubblicato alle pagine 8-9 del numero 4 è incompleto. L'ultimo periodo va letto come di seguito:

Alla luce di quanto esposto appare evidente **che i compensi percepiti per prestazioni occasionali (partecipazioni a convegni o congressi, consulenze, etc.) debbono essere assoggettati a contribuzione previdenziale presso il Fondo di Previdenza Generale E.N.P.A.M.** e, pertanto, dovranno essere indicati nel modello D 2005 (relativo ai redditi prodotti nell'anno 2004, soggetti a contribuzione “Quota B”) che sarà inviato a tutti gli iscritti al Fondo entro il prossimo mese di giugno.

< Pubblicità >



Sentenza della Cassazione sul decorso post-operatorio

POSIZIONE DI GARANZIA E RESPONSABILITÀ DEL MEDICO

a cura dell'Avv. Pasquale Dui ()*

Le motivazioni della Corte Suprema per le quali sono stati condannati il medico di guardia, il medico tirocinante ed il personale paramedico

Con sentenza n. 9739 dell'11 marzo 2005 la Corte di Cassazione condannava il medico di guardia interdivisionale presso l'istituto Policattedra di chirurgia d'urgenza, chirurgia plastica e chirurgia ricostruttiva dell'Università di Bari-Policlinico, il medico tirocinante nel reparto di chirurgia plastica durante lo stesso turno e le infermiere professionali presso il citato reparto nello stesso turno perchè avevano ommesso di controllare i parametri vitali del paziente - ricoverato a seguito di ustioni di primo e di secondo grado e sottoposto a due interventi chirurgici - che evidenziavano lo stato di shock infettivo e ipovolemico, omettendo, conseguentemente, di intervenire tempestivamente e rendendo, pertanto, irreversibile la sindrome in atto che conduceva alla morte del paziente.

La Corte ha affermato che gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, sono tutti portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà imposto dagli artt. 2 e 32 della Costituzione, nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo ne minacci l'integrità.

Tale obbligo di protezione perdura per l'intero tempo del turno di lavoro e comporta il dovere di tenere sotto controllo direttamente – anche per interposta persona – il decorso post-operatorio e di vigilare sul corretto svolgimento delle prestazioni professionali da parte del personale medico e

paramedico cui il paziente è stato affidato.

Nel caso di specie, la Cassazione ha ricondotto la responsabilità per colpa medica al chirurgo che non ha saputo tenere un comportamento consono alla delicatissima posizione di garanzia che gli era propria in vista della fase post-operatoria; trasferendo tale posizione ad un reparto che sapeva (o avrebbe dovuto sapere) affidato solo a personale paramedico incapace di fornire assistenza idonea a pazienti sottoposti ad interventi di alta chirurgia.

Tanto meno il medico può invocare quale scusante della propria condotta omissiva le successive e gravi omissioni del personale paramedico sulla base del principio, ormai consolidato in giurisprudenza, secondo il quale chi versa in colpa non può invocare a propria scusante la condotta colposa altrui.

Attraverso l'analisi di diverse interessanti questioni riguardanti la responsabilità per fatto del personale medico e per fatto del personale sanitario, la Corte ha ritenuto responsabile il chirurgo che, concluso l'intervento non ha fornito le necessarie indicazioni terapeutiche, lasciando, praticamente, il malato abbandonato a se stesso.

La stessa ha definito colpevole anche il personale infermieristico per non aver mai raccolto le reiterate preoccupazioni della moglie del paziente e per non aver ritenuto di dover avvertire, nemmeno per scrupolo, il medico di turno, che si trovava nella propria stanza.

E infine, i giudici hanno riscontrato la responsabilità anche del medico di guardia interdivisionale per il quale non è stata ritenuta valida la scusante che gli infermieri non abbiano mai chiesto, durante la notte il suo intervento, essendo dovere e scrupolo di un medico cui è affidato un reparto quello di prendere immediata visione delle specifiche situazioni dei malati, raccogliendo la posizione di garanzia che gli viene trasferita al momento della sua presa in carico del reparto. ■

() del Foro di Milano*



Spulciando qua e là

di Franziska Steno



Udine - ITALIA

Rosa B. 37 anni, 8 figli (da 2 a 14 anni). Gli ultimi quattro li ha fatti per evitare il carcere; infatti la condanna, definitiva nel 1993, non era stata mai eseguita perché sempre incinta. Nel 2001, il Tribunale di sorveglianza "patteggiò" un arresto domiciliare molto lasco. Rosa poteva uscire di casa (spesa e scuola dei bimbi) se non ci fosse stato nessuno in grado di sostituirla. Tutto liscio sino a quando, con uno sconto di pena, è uscito dal carcere il marito. I carabinieri l'hanno aspettata sulla soglia di un negozio di alimentari e, accertato che il padre era a casa con i figli, l'hanno arrestata per evasione. Lei è nel carcere di Forni, il marito è rimasto prigioniero degli 8 figli nelle due stanze nel vecchio centro storico. Ha fatto istanza per il ritorno a casa di Rosa perché "non ce la fa ad andare avanti". Meglio ritornare in carcere.

Tutte le donne dovrebbero sposarsi e nessun uomo dovrebbe farlo

DISRAELI: "Lotario"



Roma - ITALIA

Anziani sì ma belli. Ormai anche i pensionati si recano negli studi di medicina estetica per fermare i segni del tempo, mantenersi giovani e in salute. Addirittura un 7% in più, quasi 4 volte quanto quelli di 15 anni fa. E' quanto emerge dalla fotografia scattata nel "libro bianco" sulla medicina estetica presentato a Roma in occasione del XV congresso mondiale. L'età media è dai 30 ai 40 anni ma si registra uno spostamento verso i 50 anni e oltre. Anche i giovani sono in costante aumento passando dal 5 al 7%.

Quando riusciamo a vedere la bellezza, essa è sempre perduta.

Mario SOLDATI: "Disco rosso", da "La messa dei villeggianti"



Oslo - NORVEGIA

Lo spogliarello è un'arte e, come tale, deve essere esente dall'IVA. Nella causa che opponeva il "Diamond GO GO Bar", locale di Oslo, allo Stato norvegese, che voleva assoggettare all'Imposta sul valore aggiunto i biglietti di ingresso, il tribunale di Oslo ha deciso che lo strip-tease rientra nello stesso regime di esenzione di una rappresentazione teatrale o di un'opera lirica.

Ma questo va a vantaggio del peccato perché il lavoro della fantasia se riduce a uno spazio limitato.

TRILUSSA: "Le donne mezze nude"



Siena - ITALIA

La procura della Repubblica di Siena ha iniziato un'inchiesta conoscitiva sui guadagni percepiti dai fantini del Palio. Un accertamento che non ha nulla a che vedere con quello (solo tributario) che porta la firma delle Fiamme Gialle senesi e che parte, sembra, dalle lamentele di alcuni contribuenti su quanto guadagnato dai fantini e su quanto realmente dichiarato.

"Era vero" disse il signor BARKIS, "...come sono vere le tasse. E niente è più vero delle tasse"

DICKENS: "Davide COPPERFIELD"



Napoli - ITALIA

Mamme, attente ai cartoni animati "violenti, volgari ed evocatori di esoterismo e sette sataniche". Un parroco di Sant' Anastasia, nella zona vesuviana, lancia una crociata contro "certi cartoon" invitando i genitori, ma in modo particolare le madri, ad "aprire gli occhi, e chiudere la tv". Don Rino Santacroce già in passato ha distribuito un decalogo in cui indicava le cose da non fare per crescere bene un figlio.

L'immortale sulla terra è la volgarità

BURCKHARDT: "Considerazioni sulla storia mondiale"

COMITATI CONSULTIVI: ECCO I NUOVI RAPPRESENTANTI

Elezioni Comitati Consultivi 2005 - Regionali

FONDO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E ADDETTI AI SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

LAGUARDIA Luigi
TATARANNO Raffaele
ADAMO Antonio
NATELLA Riccardo
LOCONTE Giacinto
TRENTO Dino
LONGHI Luciano
MARASI Guido
PONTI Daniele
SPINOZZI Enea
LA VECCHIA Ernesto
PONZETTO Mario
PEPE Luigi
DELOGU Franco
SPICOLA LUIGI
FIGLINI Giuseppe
CUCCHIARA Pietro
CAPPELLETTI Franco
DRAGHINI Leonardo
MANUELE Mario
ZEN Augusto

FONDO SPECIALISTI AMBULATORIALI

STRUSI Maria Carmela
CAPUANO Maurizio
COLELLA Carlo
BUONINCONTI Francesco
VATRELLA Salvatore
CHARALAMBOPULOS Spiridione
LALA Roberto
CELENZA Alfonso
SCAGLIETTI Carlo
COLLINA Patrizia
CUCCIA Leonardo
DELLA VALLE Riccardo
SPIRITO G. Antonio
CASTALDI Pier Giorgio
FERRANTE Antonino
DE SANCTIS Raul
CORSO Lisetta
DI RISIO Mario Virginio
RAGGI Andrea
CORAZZA Giovanni
BARBETTA Roberto

FONDO SPECIALISTI ESTERNI

DE BERARDINIS Vincenzo
PADULA Paolo Mario
MARENGA Roberto
CATANI Ottorino
SPANGARO Romano
BARBERIS Maria Clemens
IARIA Demetrio
GORRIERI Oliviero
IUVARO Giuseppe
PANNI Roberto
DOMINEDO' Claudio
SCIACCHITANO Salvatore
SPAGNOLO Giorgio
MARCHESE Vittorio
MARTINI Giorgio
MOLINARI Giuseppe

FONDO DELLA LIBERA PROFESSIONE

LATINI Albina
ANDRIULLI Domenico
GUARNIERI Giuseppe
SANTAMARIA Marco
DI LAURO Maurizio
CELATO Adriano
SANTACROCE Costantino
ANNIBALDI Elio
MANCINI Evangelista Giovanni
CROGNOLETTI Vincenzo
ANGELONE Giovanni
DIONIGI Franco
PRACELLA Pasquale
ANGIOI Giovanni Battista
MARCONI Gian Paolo
MELE Renato
COCCA Secondo Roberto
VISINTAINER Stefano
GENOVESI Giovanni Battista
FERRERO Massimo
ZOVI Alessandro

ELEZIONI DEI RAPPRESENTANTI NAZIONALI DEL COMITATO CONSULTIVO DEL FONDO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE QUINQUENNIO 2005-2010

MEDICI DI MEDICINA GENERALE DI ASSISTENZA PRIMARIA
Dott. CARRANO Francesco

MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
Dott. COLISTRA Claudio

**MEDICI DI MEDICINA GENERALE ADDETTI AL SERVIZIO DI CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE E/O EMERGENZA TERRITORIALE**
Dott. CRUDELE Fernando

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

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

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

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

Editore: Fondazione ENPAM

Foto: Archivio ENPAM

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

"Stampato su carta R6 BRIGHT prodotta dalle cartiere BURGO"

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

Concessionaria Pubblicità

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

In collaborazione con

CONTRACTA srl

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

MENSILE - ANNO VII - N. 5 DEL 23/05/2005
COPIE 400.000

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

Via Torino, 38 - 00184 Roma

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Tel. 06 48294814 - Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

studio.sermonti@email.it

SEGRETERIA DI REDAZIONE

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

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

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

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Sig.ra Angela: tel. 06 48294890

email: archivio.giornale@enpam.it