

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

Per informazioni:

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

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

- | | | | |
|--------------|---|--------------|---|
| 3 | I vertici dell'Enpam al Quirinale | 43 | In editoria |
| 4-10 | La nostra Fondazione ha 70 anni | 44-45 | Professioni: vita da infermieri |
| 11 | Sanità: fattore di sviluppo | 46 | Esposizioni in Italia |
| 12 | Pensando al proprio futuro previdenziale | 47 | Mostre: Into Me, Out of Me |
| 13 | Benefit: convenzioni da non perdere | 48 | Educazione terapeutica del paziente |
| 14-15 | Legge Finanziaria e Fondi pensione | 49-52 | Congressi, convegni, corsi |
| 16-17 | Si parla di anziani | 53 | Accadde a... Giugno |
| 18-19 | La vita di Leopold Auenbrugger | 54 | Letteratura scientifica |
| 20-21 | Vulnoterapia al Celio | 55 | La Favo e l'emergenza cancro |
| 22 | Le strade della strage | 56-57 | Da Buenos Aires al Tropico del Capricorno |
| 23 | Il Pronto Soccorso del Santo Spirito | 58 | Doppiare un film |
| 24-25 | Società: alle radici della violenza | 59 | Il simpatico "sarracino" |
| 26-27 | Recensioni libri | 60-61 | Lettere al Presidente |
| 28 | Quattro giorni sotto i ferri | 62 | Filatelìa |
| 29 | Le missioni della CRI | 63 | L'avvocato |
| 30-38 | Polizza sanitaria, proroga e centri convenzionati | 64 | Insulina e Nobel |
| 39 | Iniziative per la salute | | |
| 40-41 | Vita degli Ordini | | |
| 42 | Un "Saggio" della medicina | | |

Foto di copertina



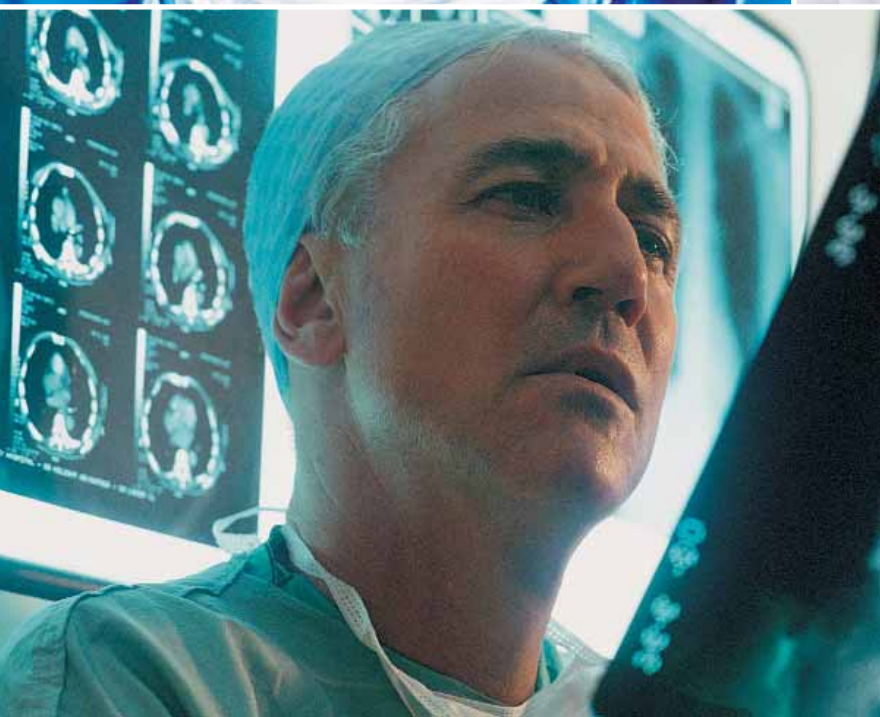
Il Regio Decreto 14 luglio 1937, N. 1484, relativo al riconoscimento giuridico di Casse nazionali di assistenza tra le quali viene annoverata quella dei medici. Il decreto consta di soli due articoli: all'articolo uno, per l'appunto, il riconoscimento, tra le altre, della "Cassa di assistenza del Sindacato nazionale fascista dei medici"; all'articolo due l'approvazione dei relativi Statuti.

Si tratta del primo passo nella cronologia della storia dell'Enpam che diverrà Ente di diritto pubblico con Decreto del Presidente della Repubblica nell'ottobre del 1950 e Fondazione con Decreto del 24 novembre 1995. I particolari di questa lunga storia li racconteremo nel prossimo numero.



FONDAZIONE E.N.P.A.M.

70 anni al servizio dei medici e degli odontoiatri italiani



Al servizio degli iscritti

Il Presidente della Repubblica
Giorgio Napolitano
Fonte: Presidenza della Repubblica



Il Presidente Napolitano riceve il vertice Enpam

Consegnata al Capo dello Stato una medaglia ricordo per i 70 anni dell'Ente. Il Presidente della Repubblica ha accolto gli ospiti mostrando una profonda conoscenza dei problemi della Sanità. La visita è avvenuta il 18 maggio

Il vertice dell'Enpam al Quirinale. Il presidente Eolo Parodi, i vice presidenti Mario Falconi e Giampiero Malagnino, il direttore generale Alberto Volponi, il presidente del Collegio sindacale Ugo Venanzio Gaspari sono stati ricevuti, venerdì 18 maggio, dal Presidente della Repubblica. La visita al Colle più alto è divenuta ormai una consuetudine per i rappresentanti dell'Ente di Previdenza dei medici e degli odontoiatri italiani. Dopo gli incontri con Oscar Luigi Scalfaro - che ricambiò la visita - e Carlo Azeglio Ciampi, i rappresentanti della Fondazione hanno approfittato dell'occasione per consegnare al Capo dello Stato una medaglia d'oro ricordo dei 70 anni dell'Enpam che si celebrano in luglio. Il Presidente Giorgio

Il legame ultraventennale che ci lega al Quirinale

Napolitano (che ha accolto gli ospiti con un grande senso di amicizia e di simpatia) ha espresso i suoi ringraziamenti per il dono tenendo a sottolineare con toccante sincerità quanto gli stiano a cuore i problemi della Sanità, in particolare quelli dei medici, non dimenticando però, le difficili condizioni in cui spesso versano i cittadini, specie quelli che soffrono per le tante malattie che affliggono l'umanità. Eolo Parodi nel consegnare la medaglia ha tenuto a ricordare il legame, ormai ultraventennale, che lega i medici e gli odontoiatri italiani agli illustri "Inquilini" del Quirinale. Parodi ha portato al Capo dello Stato il saluto dei 360mila medici e dei 70mila pensionati. Il presidente dell'Enpam non ha dimenticato di mettere in risalto come spesso i rappresentanti del nostro Ente hanno fatto ricorso, specie nei momenti difficili (sono stati e sono tanti), ai Presidenti della Repubblica per trovare comprensione per i tanti problemi che affliggono la categoria. An-

cora una volta questa situazione favorevole si è registrata grazie proprio alla disponibilità del Capo dello Stato che ha mostrato, se ce ne fosse stato bisogno, di avere una giusta concezione europea sui temi della salute. Non si può dimenticare che il Presidente ed Eolo Parodi sono stati a lungo parlamentari europei. Sui banchi di Strasburgo hanno portato anche le

Sanità ed Europa i temi maggiormente in discussione

loro esperienze in tema di sanità, un tema la cui soluzione potrebbe facilitare il difficile cammino della fratellanza tra le nazioni e tra i popoli. •



Il Tricolore sventola sul torrino del Palazzo del Quirinale

REGIO DECRETO 14 luglio 1937 N° 1484



Riconoscimento giuridico delle Casse nazionali di assistenza della Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti e dei Sindacati nazionali fascisti degli Ingegneri, delle levatrici, dei medici e dei musicisti, ed approvazione dei relativi statuti.

VITTORIO EMANUELE III

PER GRAZIA DI DIO E PER VOLONTÀ DELLA NAZIONE

RE D'ITALIA

IMPERATORE D'ETIOPIA

Vista la domanda in data 18 febbraio 1937-XV, con la quale la Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti ha chiesto che siano riconosciute giuridicamente le Casse nazionali di assistenza della Confederazione medesima e dei Sindacati nazionali fascisti degli ingegneri, delle levatrici, dei medici e dei musicisti costituite per gli scopi di cui all'art. 4, ultimo comma, della legge 3 aprile 1926, n. 563, e che siano approvati i relativi statuti;

Visti la legge 3 aprile 1926, n. 563, e il relativo regolamento 1° luglio 1926, n. 1130, nonché la legge 20 marzo 1930, n. 206;

Sentito il Comitato Corporativo Centrale;

Sulla proposta del Ministro Segretario di Stato per le Corporazioni, di concerto con il Ministro Segretario di Stato per l'Interno;

Abbiamo decretato e decretiamo:

Art. 1.

È concesso il riconoscimento giuridico a norma ed agli effetti della legge 3 aprile 1926, n. 563, e del relativo regolamento 1° luglio 1926, n. 1130, alle seguenti Casse nazionali di assistenza, costituite per le categorie inquadrate nella Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti;

1° Cassa nazionale di assistenza della Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti;

2° Cassa di assistenza del Sindacato nazionale fascista degli ingegneri;

3° Cassa di assistenza del Sindacato nazionale fascista delle levatrici;

4° Cassa di assistenza del Sindacato nazionale fascista dei medici;

5° Cassa di assistenza del Sindacato nazionale fascista dei musicisti.

Art. 2.

Sono approvati gli statuti delle Casse nazionali di assistenza giuridicamente riconosciute a norma del precedente articolo, secondo i rispettivi testi annessi al presente decreto e firmati, d'ordine Nostro, dal Ministro proponente.

Ordiniamo che il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sia inserito nella raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno d'Italia, mandando a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a San Rossore, addì 14 luglio 1937 - Anno XV

VITTORIO EMANUELE III

MUSSOLINI - LANTINI

Visto, il Guardasigilli: Solmi

Registrato alla Corte dei conti, addì 30 agosto 1937 - Anno XV

Atti del Governo, registro 388, foglio 162 - MANCINI.

All'origine dell'Enpam il Regio Decreto del 1937, pubblicato nel S. O. alla Gazz. Uff. del 4 settembre 1937 XV, n. 206, che istituiva la Cassa di Assistenza del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici

La storia di un Ente che si chiama Enpam

Com'eravamo, come siamo e come saremo.

Vi racconto di una Fondazione "settantenne" oggi in piena attività nonostante "terremoti" ed immancabili bufere, sempre pronta ad aprire porte e finestre a tutti i suoi iscritti, all'insegna dell'assoluta trasparenza



di Eolo Parodi

Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri: Enpam. Lo conoscono tutti, non solo gli iscritti: compie 70 anni in luglio. Li dimostra? Per giudicare bisogna leggere la lunga storia di questo Ente che prende l'avvio nel 1937. Una storia di previdenza che si basa soprattutto sulla solidarietà. E allora IERI, OGGI, DOMANI. Storia di noi medici e odontoiatri, storia di quelli che, con una brutta parola, chiamiamo

i "superstiti", storia di pensionati. Solidarietà: un'esperienza che non s'inizia dalla nascita, ma "parte" negli Anni Cinquanta quando il nostro Enpam fu costituito come ente di diritto pubblico assumendo la denominazione di Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici, per trasformazione della preesistente Cassa di Assistenza del Sindacato Nazionale Fascista Medici. Enpam, sotto l'illuminata presidenza del prof. Andrea Benagiano. Pur nella relativa brevità di questo arco temporale, la storia dell'Ente ha mostrato e mostra una straordinaria vivacità nell'attuare nuovi istituti a tutela della generalità degli iscritti e nelle sperimentazioni di attività strumentali sviluppate a supporto dei compiti istituzionali, ma è, anche, non priva, purtroppo, di tante esperienze e vicissitudini. Una storia che racconteremo per esteso nel prossimo numero del nostro Giornale.

IERI

In 70 anni l'Ente ha già mutato per ben quattro volte il proprio assetto ordinamentale e, parzialmente, le proprie finalità istituzionali nonché la configurazione della platea dei propri iscritti. Risale al 1937 la costituzione della Cassa di Assistenza del Sindacato Nazionale Fascista Medici, che costituisce il precedente storico dell'Enpam. Nel contesto dell'allora vigente sistema corporativo dello "Stato sociale", la Cassa era per sua legge istitutiva una "corporazione". Potevano iscriversi i medici rappresentati dai Sindacati fascisti di categoria (art. 2, co 1, Statuto 1937). Tuttavia lo Statuto assegnava ad un successivo Regolamento il compito di precisare le modalità di iscrizione per la generalità dei medici italiani, a prescindere dalla considerazione che essi fossero iscritti o meno ad Associazioni sindacali

CRONOLOGIA DEI PROVVEDIMENTI STATALI E DELLE REVISIONI NORMATIVE DEI REGOLAMENTI

1937-1943

Casnm - La Cassa eroga Assegni assistenziali temporanei o una tantum.

1944-1950

Cnam - La Cassa eroga Assegni assistenziali temporanei o una tantum.

1950-1957

Enpam - L'Ente eroga Assegni assistenziali continuativi o una tantum.

1958

L'Ente eroga:
- trattamenti pensionistici;
- assegni assistenziali continuativi (ad esaurimento);
- assegni assistenziali una tantum.

1959

Un nuovo Statuto, approvato con DPR 2 settembre 1959 n. 931, introduce la facoltà per l'Ente di gestire "fondi speciali per la previdenza e l'assistenza a favore di particolari categorie di sanitari [...]".

1961

L'Ente istituisce il "Fondo di previdenza a favore dei medici aventi rapporto professionale con gli istituti gestori dell'assicurazione sociale di malattia" (Inam, Enpas, Inadel, Enpdedp, ecc.), poi sciolti con la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (1978). Il Fondo gestisce "conti individuali" intestati nominativamente agli iscritti e liquida prestazioni calcolate col "sistema contributivo".

(segue a pag. 6)

giuridicamente riconosciute. Sempre il Regolamento doveva stabilire i requisiti di iscrizione dei medici che già fruivano di forme analoghe di tutela ad opera di altri Enti (art. 3, Statuto 1937).

La Cassa concedeva assegni assistenziali temporanei ai propri iscritti ed alle loro famiglie; aveva anche potestà di istituire borse di studio a favore dei figli dei medici e di prestare eventualmente altre forme di assistenza determinate nel Regolamento. Compatibilmente con la sua funzione istituzionale, ed avendo sufficiente disponibilità di mezzi, poteva promuovere od istituire altre prestazioni,

anche di carattere previdenziale (art. 2, co. 3, Statuto 1937).

A quel tempo, infatti, mancava un sistema di generalizzata tutela sociale della categoria: soltanto determinate classi di medici fruivano della tutela previdenziale e solo in quanto prestavano la loro attività professionale per organismi statali ed enti locali.

Il Fondo era gestito secondo uno “schema a ripartizione”, si fondava cioè sul “patto intergenerazionale” secondo cui tutte le prestazioni dovute ai “pensionati” (“iscritti inattivi”) vengono finanziate dai contributi dovuti dagli “iscritti attivi”. Questi

erano dunque tenuti al versamento di un contributo annuo stabilito in misura fissa, e determinato in relazione all’entità delle prestazioni disposte in favore degli iscritti. Gli eventuali saldi attivi potevano essere destinati soltanto a costituzione di riserve tecniche, ordinarie o straordinarie (art. 15, Statuto 1937).

Con questa prima esperienza di tutela sociale di categoria, ormai lontana e dimenticata, nasce il progetto di una tutela sociale comunemente estesa a tutta la classe medica ed affidata ad un unico ente istituzionale.

In seguito alla caduta del fascismo, fu abrogato il regime corporativo dello Stato (1943). Conseguentemente furono ricostituiti gli Ordini professionali e le loro Federazioni; in particolare, nel 1946, furono ricostituiti gli Ordini delle professioni sanitarie e le loro Federazioni.

In tema di previdenza sociale degli esercenti le professioni sanitarie, il decreto luogotenenziale del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233 stabiliva (art. 21): a) l’obbligo di iscrizione al rispettivo ente di previdenza per tutti gli iscritti agli Albi professionali; b) l’obbligo del pagamento dei contributi previdenziali dovuti alle rispettive Casse;

c) il riconoscimento, in capo ai Consigli nazionali ed alle Federazioni nazionali degli Ordini, del

(segue da pag. 5)

1963

L’Ente istituisce un fondo per l’“assistenza in caso di ricovero ospedaliero degli iscritti e dei loro familiari” per parto, cure mediche, interventi chirurgici ed accertamenti diagnostici che non si possano praticare al domicilio del malato od in ambulatorio.

1972

Con decorrenza retroagente al 1° gennaio 1971, il “Fondo di previdenza a favore dei medici aventi rapporto professionale con gli istituti gestori dell’assicurazione sociale di malattia” si tripartisce in:

- Fondo di previdenza a favore dei medici operanti negli ambulatori gestiti direttamente dagli istituti;
- Fondo di previdenza a favore dei medici generici operanti nei propri studi professionali;
- Fondo di previdenza a favore dei medici specialisti operanti nei propri studi professionali.

1976

Con i regolamenti del 1976 si realizzava un vero e proprio “cambio di rotta” nelle opzioni fondamentali in precedenza adottate dall’Ente in ordine ai criteri di gestione dei Fondi Speciali. I Fondi adottano uno schema di gestione “a ripartizione” ed uno schema di trattamento “a prestazione definita”.

1983

Inizia un processo di progressiva diversificazione fra le regolamentazioni dei tre Fondi Speciali gestiti dall’Ente.

CRONOLOGIA FONDAMENTALE

1937	Viene istituita la Cassa di Assistenza del Sindacato Nazionale Fascista Medici , corporazione dei medici (R. D. 14.07.1937 n. 1484)
1943	Abrogato il regime corporativo dello Stato sociale fascista, fra il 1943 ed il 1950 la “Cassa” continuò ad essere gestita secondo le disposizioni di cui al R.D. 14 luglio 1937, n. 1484, ma avendo adottato la nuova denominazione di Cassa Nazionale di Assistenza dei Medici (Cnam)
1950	Viene istituito l’ E.N.P.A.M. – Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici , ente di diritto pubblico (D.P.R. 27.10.1950)
1958	È approvato il primo Regolamento di previdenza dell’ Enpam (D.M. 7.01.1958)
1959	È approvato il primo Statuto dell’ Enpam (D.P.R. 2.09.1959 n. 931)
1995	L’Ente diventa Fondazione Enpam (D. M. 24 novembre 1995)
2000	Il ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale – di concerto col ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione – approva il vigente testo statutario della Fondazione Enpam (D. M. 21 febbraio 2000)

potere di determinare ed imporre il contributo di iscrizione. Tuttavia fra il 1943 ed il 1950 – in carenza di un atto costitutivo del nuovo Ente di previdenza dei medici – la Cassa continuò ad essere gestita secondo le disposizioni di cui al Regio decreto 14 luglio 1937, n. 1484, anche se aveva adottato la nuova denominazione di Cassa Nazionale di Assistenza dei Medici (Cnam).

Nel 1950, in esecuzione di quanto disposto dall'art. 21 del decreto 13 settembre 1946, la Cassa di Assistenza del Sindacato Nazionale Fascista Medici con il DPR 27.10.1950 fu trasformata in E.N.P.A.M. – Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici, con il compito di provvedere all'assistenza ed alla previdenza dei medici iscritti agli Albi tenuti dai relativi

Ordini professionali. Il nuovo Governo venne anche delegato ad adottare – mediante Regolamento esecutivo – ogni misura occorrente all'applicazione del citato Decreto 13 settembre 1946 n. 233, comprese le norme di regime per la riscossione dei contributi dovuti agli Albi, alla Federazione, alla Cassa di previdenza.

In proposito il Regolamento (adottato con D.P.R. 5.04.1950 n. 221) stabilì che per la riscossione dei contributi si dovevano applicare le norme della legge sulla riscossione delle imposte dirette, osservati la forma ed i termini in essa stabiliti, e con l'obbligo del non riscosso per riscosso" a carico dell'esattore. L'esattore avrebbe versato direttamente agli Ordini, alle Federazioni e all'Ente di previdenza ed assistenza le quote dei contributi ad essi spettanti.

Sarà interessante conoscere i particolari di una storia lunga quasi mezzo secolo attraverso l'analisi del Regolamento esecutivo; un tema che richiede, come vedremo, una lunga analisi prima di arrivare alla recente "Fondazione privata".

Questo, per ora succintamente, è IERI. Nonostante vicissitudini spesso preoccupanti, siamo arrivati all'OGGI. Un grande "salto" sofferto, a volte, ma sempre esaltante. Così abbiamo voluto la "Cassa del medico e dell'odontoiatra".

1985

Il Fondo Speciale di previdenza dei medici di medicina generale assume una nuova denominazione, in ragione del fatto che vi si associano i pediatri e gli addetti ai servizi di guardia medica.

Una legge di adeguamento dell'ordinamento italiano alle norme europee tendenti a favorire il diritto di libero stabilimento e di esercizio della professione dei dentisti in tutti gli Stati membri della Comunità europea (L. 24 luglio 1985, n. 409), costituisce in professione sanitaria autonoma l'attività degli specialisti odontoiatri. Tuttavia essi conservano l'iscrizione al Fondo di Previdenza dell'Enpam.

1990

Per l'esigenza di porre fine a severe critiche sulla riconoscibilità al Fondo di Previdenza Generale di una sua reale funzione di tutela previdenziale viene approvato un nuovo regolamento che innova radicalmente la configurazione del rapporto assicurativo con gli iscritti. Viene introdotta la contribuzione proporzionale ai redditi libero-professionali degli iscritti; conseguentemente le prestazioni erogate dal Fondo risultano conformi al parametro costituzionale di adeguatezza delle prestazioni previdenziali.

La legge 11 dicembre 1990 n. 379 istituisce l'indennità di maternità per le libere professioniste.

La legge 5 marzo 1990 n. 45 stabilisce norme per la congiunzione dei periodi assicurativi a fini previdenziali, specifiche per i liberi professionisti.

(segue a pag 8)

ORGANI STATUTARI IN CARICA PER IL QUINQUENNIO 1955 - 1959

Comitato direttivo

Presidente	prof. Andrea Benagiano
Vice presidente	prof. Antonino Spinelli
Componenti	on. Raffaele Chiarolanza
	prof. Gaetano Scoppetta
	prof. G. Battista Varvaro
	prof. Vincenzo Bonomo
	prof. Tommaso Oliaro
	prof. Alberto Mario Coppini
	dott. Federico Di Palma
	dott. Dorando Climelli
	dott. Piero Pellegrini
	dott. Enrico Scotti
	dott. Salvatore Tremitterra
	dott. Antonio Casu
	<i>per il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale</i>
	dott. Zevio Garzia
	<i>per il Ministero della Sanità</i>
Segretario	dott. Luigi Mario De Vita

COLLEGIO SINDACALE

Presidente	dott. Antonio Fredella	
	<i>del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale</i>	
Sindaci	dott. Cesare Tiengo	effettivo
	dott. Mario Ballestrero	effettivo
	dott. Agostino Razza	supplente
	dott. Francesco Olivieri	supplente
Direttore generale	prof. Giovanni De Luca	

OGGI



Il 24 novembre 1995, con decreto del ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, assunto di concerto con il ministero del Tesoro, è stato approvato un nuovo Statuto dell'Ente, che ne sancisce la trasformazione in Fondazione Enpam, per quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 1994 n. 509,

attuativo della legge di delega 24 dicembre 1993 n. 537, in materia di trasformazione in persone giuridiche private di Enti gestori di forme obbligatorie di previdenza ed assistenza (G.U. n. 289 del 12.12.1995). La privatizzazione dell'Enpam è avvenuta in circostanze che hanno interessato numerosi altri enti di previdenza per liberi professionisti, come atto particolare di un più ampio disegno politico di riforma dell'intero welfare state italiano, di cui gli enti previdenziali di categoria rappresentano sicuramente una componente fondamentale.

Nonostante la privatizzazione dell'Ente, l'attività istituzionale è rimasta sostanzialmente a valenza pubblicistica, come ha precisato in proposito la stessa Corte Costituzionale: *“La privatizzazione degli enti pubblici di previden-*

za e assistenza è inserita nel contesto del complessivo riordinamento o della soppressione di enti previdenziali, in corrispondenza ad una direttiva più generale volta ad eliminare duplicazioni organizzative e funzionali nell'ambito della pubblica amministrazione. Alla razionalizzazione organizzativa ed alle fusioni ed incorporazioni, che tale direttiva implica, si sottraggono gli enti che, non usufruendo di alcun sostegno finanziario pubblico, intendono mantenere la loro specificità ed autonomia, assumendo la forma dell'associazione o della fondazione. La privatizzazione, prevista dal legislatore delegante, è caratterizzata da elementi sia di continuità che di innovazione. La giurisprudenza costituzionale ha già riconosciuto che la trasformazione lascia immutato il carattere pubblicistico dell'attività istituzionale di previdenza ed assistenza, secondo le finalità istitutive di ciascun ente, così giustificando l'obbligatorietà dell'iscrizione e della contribuzione. Si modificano, invece, gli strumenti di gestione e la qualificazione dell'ente, che si trasforma ed assume la personalità di diritto privato.” (Corte Cost., Sent. n. 15 del 5.02.99).

Si può quindi affermare che la privatizzazione dell'Ente, attuata in conformità al D. Lgs. n. 509/94, ha inciso esclusivamente “sul lato interno” della sua organizzazione e del suo

(segue da pag 7)

1995

Fondazione Enpam - La legge 8 agosto 1995, n. 335 di riforma del sistema previdenziale pubblico induce l'Ente ad adottare nuovi, più severi requisiti di accesso al pensionamento.

2004

Una disposizione particolare della legge 23 agosto 2004, n. 243 di riforma della previdenza complementare stabilisce l'obbligo a carico di tutte le società professionali mediche ed odontoiatriche – in qualunque forma costituite, comprese le società di capitali – e sempre che operanti in regime di accreditamento col Servizio sanitario nazionale per la specialistica esterna, a versare al relativo Fondo Speciale di Previdenza Enpam un contributo pari al 2% del fatturato annuo attinente a prestazioni specialistiche rese nei confronti del Ssn e delle sue strutture operative, senza diritto a rivalsa sullo stesso Ssn.

L'obbligo contributivo si completa con quello di indicare i nominativi dei medici e degli odontoiatri che hanno partecipato alle attività di produzione del fatturato e dell'entità del contributo di spettanza individuale.



La sede dell'Eni a Roma di proprietà dell'Enpam

funzionamento, conseguendo un'ampia autonomia gestionale, organizzativa e contabile (art. 2, D. Lgs. n. 509/94), in una rinnovata prospettiva di rapporti con le Istituzioni pubbliche di controllo, secondo la quale *“lo Stato [...] è interessato alla funzione, ovvero ai compiti finali degli enti, non agli enti stessi. Questi, come tali, devono sfuggire al potere statale, così come deve esservi sottratta tutta l'attività strumentale”* (S. Cassese). L'Enpam è il più grande ente italiano previdenziale privatizzato, oltre 400mila iscritti, 504 dipendenti. Eroga prestazioni, ogni anno, per 950 milioni di euro.

Il Bilancio Consuntivo 2006 presenta un avanzo di amministrazione che supera gli 800 milioni di euro, dato ormai costante negli ultimi anni.

Il già considerevole e cospicuo patrimonio immobiliare si è arricchito recentemente di altri immobili di prestigio, come il “palazzo di Vetro” dell'Eur a Roma,

la storica sede dell'Eni, e sempre a Roma il palazzo che ha come inquilino il ministero dell'Università.

Fra poco meno di un anno verrà consegnata la nuova sede dell'Enpam, una sede prestigiosa, capiente, altamente funzionale e tecnologicamente avanzata.

Gli investimenti mobiliari superano i 3 miliardi e mezzo di euro. Le riserve tecniche costituite dal 1950 al 1996, ovvero in 46 anni, erano di 3150 miliardi di euro; nei dieci anni successivi, ovvero fino al 2006, sono state di 7224 miliardi di euro, con un incremento del 56,4%.

Questa importante realtà, non solo previdenziale e assistenziale ma ormai economico-finanziaria italiana, è il frutto dei sacrifici dei medici e degli odontoiatri italiani e del lavoro disinteressato di tanti e deve rappresentare per tutti noi un giusto motivo di orgoglio.

Questa prima documentazione dovrebbe dimostrare i passi in avanti (addirittura rivoluzionari) compiuti

ai giorni nostri, come bene dimostra la relazione del nostro direttore generale Alberto Volponi che pubblicheremo, analizzandola, nel prossimo numero.

L'attuale amministrazione, dopo oltre un decennio di lavoro, a volte duro e faticoso, teso a trasformare l'Enpam – divenuto nel frattempo “Fondazione privata” – in una moderna azienda di servizi, in una “casa di vetro” dove tutti i colleghi possono avere libero accesso per controllare, giorno dopo giorno, l'operato degli amministratori, ha deciso di consolidare i risultati organizzativi conseguiti, stabilendo di intraprendere una serie di attività miranti a presentare degnamente la rinnovata identità della Fondazione Enpam, a diffonderla capillarmente fra gli iscritti, a promuovere in essi il senso di comune appartenenza ad una Istituzione che si ripromette di diventare un centro di coagulo di tutti gli interessi prevido-assistenziali per l'intera categoria dei medici.

La stessa legge n. 243/2004 abilita gli enti previdenziali privatizzati dal D. Lgs. 30 giugno 1994 n. 509 – fra essi l'Enpam – ad istituire, con l'obbligo della gestione separata, forme pensionistiche di previdenza complementare.

2006

Il D. Lgs. 2 febbraio 2006 n. 42 stabilisce che gli iscritti a più forme di assicurazione obbligatoria per invalidità, vecchiaia e superstiti – ivi comprese le forme pensionistiche obbligatorie gestite dagli enti previdenziali privatizzati dal D. Lgs. n. 509/1994 – al fine del conseguimento di un'unica pensione hanno facoltà di cumulare i periodi assicurativi non coincidenti da essi vantati presso le diverse gestioni, sempre che non siano già titolari di trattamento pensionistico autonomo presso una delle predette gestioni e che i periodi da considerare ai fini della “totalizzazione” siano di durata non inferiore a sei anni. L'esercizio della predetta facoltà è condizionato da ulteriori requisiti di anzianità anagrafica e/o contributiva ed è precluso a chi abbia presentato domanda di restituzione dei contributi, ove prevista come prestazione alternativa.



Patrimonio Enpam: il palazzo Ina a Roma che ospita il ministero dell'Università

DOMANI

Non dovendo conquistare facili consensi, e quindi lontani da ogni tentazione demagogica o populistica, vogliamo descrivere semplicemente il percorso che nei prossimi anni faremo insieme per rendere più forte e prestigioso il nostro Ente.

Quasi in maniera pregiudiziale, dovremo però dotarci di regole e di strumenti operativi più incisivi, snelli, per poter meglio rispondere a logiche di gestione più marcatamente aziendalistiche e quindi di massima efficienza.

In tal senso, dovremo continuare nell'opera di burocratizzazione dell'Ente e far sì che il cammino tra decisioni assunte e messe in opera, sia rapido e tempestivo.

Dovremo dimostrare a tutti che andiamo verso la meritocrazia e con una "squadra" di dipendenti pronta ed all'altezza di questo compito.

Un Ente che sia soltanto e sempre il garante di quella

Il progetto della nuova sede Enpam in Piazza Vittorio a Roma



che ormai chiamiamo "tutela dell'età post-lavorativa", esaminando a 360 gradi la possibilità di aumentare il potere di acquisto delle pensioni e finalmente coltivando l'urgenza di conquistare e mantenere il rapporto intergenerazionale.

A tal fine, dovremo "comunicare" con tutti i medici italiani, far conoscere le nostre strategie ma soprattutto coinvolgerli e renderli sempre presenti.

Un giorno potremo anche arrivare al sogno non di tanti "Fondi Speciali", ma di uno solo che corrisponda all'interesse di tutti.

Tutto ciò si riassume nella volontà di costruire la "casa del medico e dell'odon-

toiatra" grazie, da una parte, a flussi contributivi giusti e consoni al significato di Previdenza e che rappresentano la trasfusione che ci fa vivere, e dall'altra parte aumentare il reddito del nostro patrimonio sia mobiliare che immobiliare, cercando di essere sempre al "top" nella produzione del reddito con interventi urgenti e decisivi.

In tal senso, noi difenderemo con tutti i mezzi possibili ed immaginabili l'obbligatorietà di iscrizione al nostro Ente di tutti i medici e gli odontoiatri italiani.

Andrò avanti su questi argomenti ed affermo, per ultimo e con una certa soddisfazione, che l'En-

pam - come già deliberato dal Consiglio di Amministrazione - approfondirà anche la possibilità di soluzioni statutarie, senza logicamente ritardare l'operatività della forma pensionistica complementare - in grado cioè di raccogliere l'adesione di tutti i medici e odontoiatri interessati - e dopo un'intesa con gli altri competenti Enti previdenziali. Credo si possa raccogliere anche l'adesione degli appartenenti ad altre categorie sanitarie. In altre parole, la previdenza, così come si va delineando, può rappresentare il primo fondamentale mattone per costruire una casa previdenziale per tutti i sanitari italiani. •

Allarme Enpam

Parodi al ministero del Lavoro

"È in atto uno stravolgimento, nello spirito e nella lettera, del Decreto legislativo n. 509/1994 attraverso continue equiparazioni ad organismi di diritto pubblico di dubbia costituzionalità". Con queste parole del presidente dell'Enpam prof. Eolo Parodi (accompagnato dal direttore generale dott. Alberto Volponi) ha

avuto inizio l'incontro con Cesare Damiano, ministro del Lavoro, che si è svolto lo scorso 15 maggio. Parodi ha messo in risalto tutti che gli ostacoli che il nostro Ente sta incontrando nonostante la sua natura privatistica. Il presidente dell'Enpam si è poi particolarmente soffermato sulla necessità di eliminare la doppia tassa-

zione. Si è stimato in oltre 10 milioni di euro la maggiore imposta sostitutiva sui redditi finanziari che l'Ente subirebbe qualora l'aliquota d'imposta, dall'attuale 12,50%, fosse elevata alla misura massima del 20%. Il ministro Damiano ha assicurato un suo interessamento per cercare di risolvere il problema.

Sanità: non spesa ma fattore di sviluppo

Troppe ingerenze nella gestione della sanità che non si conciliano con il giuramento “di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento rifuggendo da ogni indebito condizionamento”. È necessario opporsi a coloro che cercano di mortificare il nostro ruolo professionale

di Mario Falconi (*)

“È ora di smetterla di considerare la sanità come una voce di spesa - dichiaravamo in una conferenza stampa da noi tenuta nel 2002 - mentre il buonsenso consiglierebbe di considerarla un fattore di sviluppo del nostro Paese alla stregua di altre grandi opere pubbliche”. Era l'ennesimo appello che facevamo alla “Politica”, incapace di progettare e organizzare il nostro Ssn come una grande azienda competitiva nel contesto internazionale. Se così fosse, vista anche la particolare posizione geografica del nostro Paese, ci sarebbe la reale possibilità di attrarre importanti risorse economiche da altre nazioni europee ed extraeuropee. Non solo non ci fu alcuna opportuna inversione di tendenza, come purtroppo era prevedibile, ma abbiamo dovuto amaramente continuare ad assistere ad un costante decadimento del nostro Ssn con una progressiva discriminazione per censo nell'accesso dei cittadini al sistema e contestualmente al consolidarsi di una pericolosa medicina difensiva, mol-

Il successo nella vita degli esseri post-moderni dipende dalla velocità con cui riescono a sbarazzarsi di vecchie abitudini.

Z. Barman - La società individualizzata

to costosa, che demotiva peraltro giorno dopo giorno i medici italiani. Come se non bastasse dobbiamo altresì registrare delle schizofreniche impostazioni di politica sanitaria e previdenziale, figlie del pressapochismo e dell'ignoranza.

Come è possibile infatti concettualmente conciliare il liberismo a cui si ispira l'attuale governo, anche nel progettare la riforma delle professioni, con i vincoli sempre più restrittivi che sono stati imposti con l'ultima legge Finanziaria alla nostra Fondazione da anni privatizzata?

Lo stesso Garante della concorrenza e del mercato, in audizione l'8 marzo u.s. nelle Commissioni Giustizia e Attività Produttive della Camera dei Deputati, riunite per affrontare il tema della riforma delle professioni, affermava non dovesse esserci in tema di pubblicità alcuna limitazione ai comportamenti concorrenziali dichiarando “[...] che vada impedito agli Ordini di potere e dovere controllare, ad-

dirittura in via preventiva, la pubblicità degli iscritti sotto due profili della trasparenza e della veridicità, (come molti Ordini hanno già previsto) [...]”.

Abbiamo ovviamente contestato con forza tali affermazioni con una lettera aperta inviata al Garante e per conoscenza a tutti i Parlamentari coinvolti nell'audizione.

Già in un nostro precedente articolo affidavamo la difesa della professione al rispetto del Codice deontologico e del rinnovato giuramento di Ippocrate. Mal si concilia infatti, nell'attuale contesto, la patologica ingerenza del mondo politico nella gestione della sanità con il giuramento “di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento rifuggendo da ogni indebito condizionamento” e “di curare ogni paziente con eguale scrupolo e impegno, prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e promuovendo l'eliminazione di

Mario Falconi



ogni forma di discriminazione in campo sanitario.”

Siamo da sempre profondamente convinti che per ricondurre il nostro Paese alla normalità occorra rifondare la “Politica” e non già la medicina, che pur necessita di continui adeguamenti formativi rispetto ad una domanda di salute in continua evoluzione.

In attesa che la politica ripensi se stessa, occorre che con passione ed orgoglio ci si opponga strenuamente a tutti coloro che cercano colpevolmente o per ignoranza di mortificare il nostro ruolo professionale.

Lottare perché tutti difendano e rispettino il Codice deontologico ed il giuramento di Ippocrate è l'arma più appropriata di cui disponiamo. Se in un rinnovato spirito di vera unità di intenti tutti i professionisti della salute italiani sapranno operare in tal senso, riusciremo senz'altro a riappropriarci della dignità che la stragrande maggioranza di noi merita, rendendo contestualmente del tutto inattaccabili i nostri Ordini professionali e la Fondazione Enpam.

(*) Vice presidente vicario Enpam

Pensando al proprio futuro previdenziale

di Marco Perelli Ercolini (*)

Nel suo intervento al Convegno regionale del 5 maggio 2007 a Livorno, indetto dall'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri con tema "Enpam: oggi e domani", il collega dott. Renato Mele di Pistoia ha evidenziato che nella Quota B (libera professione) del Fondo generale Enpam gli odontoiatri sono numericamente meno di un terzo e che nel volume contributivo i loro versamenti sono circa un 40 per cento.

La discrepanza deriva soprattutto dal fatto che molti di questi medici (medici in convenzione o in rapporto di dipendenza), che versano contributi nella Quota B del Fondo generale Enpam con contemporanea iscrizione ad un Fondo pensionistico obbligatorio, hanno optato per la contribuzione ridotta del 2 per cento per gli introiti netti, cioè dedotte le spese di produzione del reddito, derivati dall'attività libero-profes-

Molti medici hanno optato per la contribuzione ridotta del 2 % per gli introiti netti



sionale, al contrario degli odontoiatri, per la quasi totalità liberi professionisti senza alcun altro rapporto di convenzione o dipendenza che possa dar loro titolo al diritto della contribuzione ridotta. Fa eccezione quel numero irrisorio, e pertanto non significativo, di quegli odontoiatri che sono anche ospedalieri o ambulatoriali.

Volendo migliorare le future pensioni mediante vari prodotti, anche il passaggio, ora ammesso dall'Enpam, dalla contribuzione ridotta del 2 per cento a quella piena del 12,50 sui redditi netti della libera professione, eccedenti il minimale coperto dal contributo fisso pagato con cartella esattoriale, può avere una sua discreta importanza come forma ac-

cessoria nella previdenza complementare. Bisogna tenere presente che contrariamente alla previdenza integrativa dei Fondi pensione - resi appetibili nell'attualità da discreti benefici di sgravio fiscale, anche se c'è da domandarsi quanto tempo durerà - che è agganciata ai flussi dei mercati finanziari con future rendite non certe e, al limite, con possibilità anche inferiori al versato, il trattamento della Quota B del Fondo generale Enpam dà rendite ben codificate. Inoltre non va sottovalutata la totale deducibilità fiscale di questi contributi che incidendo sull'aliquota marginale danno discreti benefici previdenziali a costi irrisori.

Il risparmio dovuto alla differenza del 10,5 per cento

Il trattamento della quota B del Fondo generale dà rendite ben codificate

tra aliquota piena e aliquota ridotta viene eroso dal fisco per un buon 40-45 per cento, rimanendo nelle tasche di chi si illude di aver maggiore introiti solo un 55-60 per cento; la contribuzione piena per la totale deducibilità fiscale dei versamenti contributivi per la previdenza fa ritornare nelle tasche del contribuente un 40-45 per cento del versato, cioè rimarrebbe a suo carico mediamente solo un 15 per cento.

Indubbiamente un buon investimento previdenziale complementare di quel trattamento di pensione obbligatoria falciato dalle varie riforme.

Anche un eventuale allineamento nella Quota A del Fondo generale Enpam alla contribuzione intera con gli eventuali riscatti per quegli anni di minor contribuzione legata all'età, può essere un discreto impiego, sempre nell'ottica del risparmio previdenziale che è una scommessa di vita, per migliorare gli introiti in età pensionistica, ricordando che 1000 euro quando si lavora sono un peso ma si riescono a trovare seppur con sacrifici.

Al contrario soli 10 euro, quando più vecchi non si lavora, sono invece un tesoro. •

(*) Consigliere Enpam

Convenzioni da non perdere

Polizza sanitaria, vacanze, crociere, soggiorni in hotel e residence, acquisto di automobili, corsi di lingua straniera.

Tutte le agevolazioni rese disponibili dall'Ente agli iscritti

di **Pietro Ayala (*)**

Come già ampiamente illustrato nei precedenti numeri di questo giornale, alla fine dello scorso anno la Fondazione Enpam ha sottoscritto numerose convenzioni con varie aziende, ciascuna di primaria rilevanza nel proprio settore, volte ad assicurare ai propri iscritti una serie di agevolazioni nell'acquisto di beni o nella fruizione di servizi.

In questa sede, vi terremo periodicamente informati sulle variazioni intervenute o vi segnaleremo quelle iniziative che assumono una particolare rilevanza in un arco di tempo determinato.

In primo luogo, ci preme ricordare la convenzione sottoscritta con Generali Assi-

curazioni S.p.A., in essere sin dal giugno 2000, per il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici e gravi eventi morbosi. In questi anni, attraverso continui rinnovi, siamo riusciti ad ottenere con la Compagnia una polizza dai contenuti sempre più ampi a prezzi estremamente contenuti. Per quest'anno, infatti, l'accordo prevede:

- premi contenuti: €160 per il solo medico; € 360 per il medico più un familiare; € 480 per il medico e due o più familiari;
- validità in ogni Paese del mondo;
- nessun limite di età per gli aderenti.

In questo numero del giornale troverete, inoltre, l'elenco dei Centri convenzionati (pag. 30).



BUONE VACANZE

In tema di svago e tempo libero, visto l'approssimarsi del periodo delle vacanze estive, vi invitiamo a prendere visione della esclusiva convenzione nazionale "Enpam Vacanze & Company" dedicata alle vostre vacanze per crociere, tour, soggiorni in hotel, residence, villaggi in Italia e nel mondo, corsi di lingua per ragazzi e bambini, fly drive, agriturismo. Il tutto, con vantaggiose offerte speciali valide per tutto l'anno.

AUTOMOBILI

Dalla fine di marzo è in vendita il nuovo modello "fortwo" della Smart per il quale è previsto uno sconto dell'8% sul prezzo di listino.

In questa sede, si coglie l'occasione per anticiparvi che sono in via di definizione altri accordi destinati ad offrire servizi attualmente non previsti o, comunque, ad assicurare una sempre maggiore possibilità di scelta. Dette convenzioni, attualmente allo studio, risponderanno a diverse esigenze le più varie tra loro quali, solo a titolo d'esempio, il settore dei trasporti a due e quattro ruote,

l'arredamento, la grande distribuzione, cultura o macchinari per l'esercizio fisico. Tutte quante, comunque, accomunate dal principio, cui l'Ente si ispira, di rivolgersi solo alle principali aziende nei rispettivi settori di competenza.

Da ultimo, vi ricordiamo come di tali novità, così come per gli accordi già esistenti, ed in special modo per quelli in questa sede non espressamente richiamati, potrete avere costante ed immediata conoscenza collegandovi al sito della Fondazione www.enpam.it.

(*) *Vice Direttore generale Enpam
Direttore Dipartimento comunicazione e sviluppo servizi integrativi*



di Ernesto del Sordo (*)

L'art. 1, comma 763 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007), ha significativamente modificato il disposto dell'art. 3, comma 12 della legge 335/1995.

Dall'analisi del testo emerge che sono state introdotte modificazioni di rilievo sulla sfera di autonomia normativa riconosciuta agli Enti privati e sui controlli cui gli stessi sono sottoposti da parte degli Organi vigilanti. In particolare, gli Enti sono tenuti ora a ricondurre la stabilità delle gestioni entro un arco temporale più ampio, pari a trent'anni in luogo dei previgenti quindici; nel contempo, il loro potere di intervento normativo è stato svincolato dalla precedente preordinata casistica per essere riferito a tutti "i provvedimenti necessari per la salvaguardia dell'equilibrio finanziario di lungo termine".

L'art. 3, comma 12, nel testo precedente a quello introdotto dalla legge finanziaria, prevedeva esplicitamente, infatti, che gli Enti potevano variare le aliquote contributive, i coefficienti di rendimento delle pensioni ed ogni altro criterio di determinazione delle medesime, nel rispetto del *pro rata* con riferimento alle anzianità maturate sino alla data d'introduzione delle modifiche

Legge Finanziaria e Fondi pensione

È un tema sul quale a breve occorrerà aprire un dibattito cui dovranno partecipare tutte le componenti dell'area medica. Emergono indicazioni che sembrerebbero rassicuranti

stesse. Pertanto, ai fini della stabilità della gestione, era possibile solamente adottare deliberazioni su contributi e prestazioni, incidendo sulle aliquote e sui criteri di calcolo, nel rispetto del principio del *pro rata*.

La versione emendata del comma 12, invece, impone agli Enti che abbiano accertato situazioni di squilibrio di intervenire adottando ogni utile correttivo nel rispetto non solo del principio del *pro rata* ma anche della gradualità e dell'equità tra generazioni. L'introduzione di tali, ultimi, ulteriori criteri è intesa a contemperare le aspettative previdenziali già maturate con i diritti dei giovani contribuenti. I provvedimenti necessari per la salvaguardia dell'equilibrio finanziario di lungo termine dovranno tener conto delle risultanze del bilancio tecnico, redatto secondo criteri uniformi che saranno determinati con decreto del ministro del Lavoro di concerto con il ministro dell'Economia. Qualora le esigenze di riequilibrio non vengano affrontate, gli

Enti potranno essere sanzionati con la nomina di un commissario straordinario e con la sospensione di tutti i poteri degli organi di amministrazione, ai sensi dell'art. 2, comma 4 del D.lgs. 509/1994.

Da informazioni acquisite presso gli Organi di controllo, peraltro, sono emerse indicazioni rassicuranti:

- eventuali iniziative ministeriali nel senso suindicato restano condizionate alla preventiva definizione, in maniera condivisa con gli Enti, di idonei indicatori dello stato di salute delle gestioni dopo che gli Enti stessi avranno redatto il proprio bilancio tecnico con i criteri che saranno individuati dall'emanando decreto interministeriale;
- la stabilità delle gestioni deve essere valutata con riferimento alla consistenza patrimoniale (azzeramento del patrimonio) anche se deve essere, comunque, evidenziato il saldo previdenziale (rapporto tra entrate contributive ed uscite per prestazioni).

Per quanto riguarda la situazione finanziaria dei Fondi di Previdenza En-

pam le risultanze dei bilanci tecnici redatti al 31 dicembre 2003, se riferite alle nuove prescrizioni legislative, evidenziano nel lungo periodo una situazione di squilibrio, ad eccezione del Fondo della libera professione.

Per quanto sopra e considerando che nei prossimi anni la spesa previdenziale è destinata a crescere anche in base alle risultanze dei dati relativi alle classi pensionande è, quindi, necessario individuare idonei interventi, che da un lato dovranno assicurare l'equilibrio delle gestioni e dall'altro non dovranno trascurare l'esigenza di continuare a garantire un accettabile grado di adeguatezza delle prestazioni.

La scelta della privatizzazione a suo tempo operata se da un lato ci ha consentito di non essere coinvolti nelle difficoltà finanziarie in cui già da tempo versa il sistema pubblico, dall'altro ci ha imposto di porre in essere un serio e costante monitoraggio delle gestioni e l'adozione responsabile e tempestiva delle necessarie misure di stabilizzazione in quanto, proprio per essere Ente privatizzato, non possiamo attingere risorse economiche dalla fiscalità pubblica.

Il quadro giuridico entro il quale possiamo e dobbiamo muoverci è quello costruito dal legislatore per gli Enti previdenziali privatizzati ai sensi del decreto legislativo n. 509/1994, di cui sopra si è fatto cenno.

Le disposizioni vigenti ci consentono tuttora di continuare a gestire la previdenza di categoria con il sistema a ripartizione.

Dal 1996, invece, per la previdenza pubblica è stato introdotto il metodo di calcolo contributivo delle prestazioni. Tale metodo, più garantista dell'equilibrio delle gestioni, com'è noto, produce prestazioni meno adeguate e riduce sensibilmente il tasso di sostituzione.

Come Ente privatizzato anche noi potremmo, peraltro, passare al metodo di calcolo contributivo. Potremmo adottare gli stessi parametri già in uso nel sistema pubblico ovvero potremmo flessibilizzare gli stessi per conformarli alla realtà dell'Enpam, avvalendoci della più ampia autonomia normativa riconosciuta dal comma 763 della legge finanziaria 2007. Ove le rivalutazioni da applicare ai singoli montanti contributivi degli iscritti fossero riferite al rendimento del patrimonio della Fondazione è indubbio che si concretizzerebbe l'equilibrio delle gestioni nel lungo periodo.

Dovendo, però, applicare il criterio del *pro-rata* i positivi effetti dell'iniziativa si manifesterebbero solo in anni successivi a quelli nei quali è prevista la globa previdenziale per cui, in concomitanza, andrebbero comunque adottati ulteriori interventi parametrici sull'attuale sistema di calcolo. L'opzione per il metodo contributi-

Continuare a gestire la previdenza con il sistema a ripartizione

vo determinerebbe, peraltro, come già sopra evidenziato, negative ricadute in ordine all'adeguatezza delle prestazioni future.

Considerando che il "retributivo Enpam", pur prendendo come base di calcolo la retribuzione, ricostruita sulla base dei contributi versati, tiene conto dell'intera vita lavorativa dell'iscritto e, quindi, in sostanza è già più conforme al metodo contributi-

vo che a quello retributivo si potrebbe, al momento, soprassedere all'ipotesi di un intervento strutturale sul sistema di calcolo delle prestazioni per verificare la percorribilità di interventi diversi di tipo parametrico, accentrati essenzialmente sulla variazione delle aliquote contributive e dei coefficienti di rendimento.

Indubbiamente ci sono margini per operare in tale senso anche se è da tener presente che in merito alla possibilità di aumentare l'aliquota di prelievo contributivo l'Ente ha autonomia di azione sul solo Fondo generale (quota A e quota B); per i Fondi dei convenzionati e/o accreditati con il Servizio

sanitario nazionale è necessario invece agire in sede di rinnovo degli accordi collettivi.

Per quanto riguarda, invece, la riduzione dei coefficienti di rendimento le ipotesi di lavoro dovranno, comunque, tener conto dell'esigenza di assicurare rendimenti superiori a quelli attualmente riconosciuti dal sistema generale.

È, comunque, proprio nell'ambito di interventi di tipo parametrico che prioritariamente dovranno essere ricercate le soluzioni per dare stabilità alle gestioni. Iniziative in tal senso avrebbero, infatti, il pregio di tutelare per quanto possibile l'adeguatezza delle prestazioni.

Solo ove per questa via non si riuscisse ad assicurare l'equilibrio delle gestioni a lungo termine si potrebbe pensare di introdurre, per una quota di contribuzione, il sistema a capitalizzazione. Per tale quota l'onere finanziario a carico della gestione non sarebbe così correlato ad un rendimento già predeterminedo all'atto del versamento del contributo, ma sarebbe rapportato a quello effettivamente conseguito dagli investimenti delle relative disponibilità finanziarie.

Questi sono i temi sui quali a breve occorrerà aprire il dibattito cui dovranno partecipare, con un approccio sereno e responsabile, tutte le componenti della categoria medica. •

(*) Vice direttore generale Enpam



di **Andrea Sermonti**

Perché gli anziani si sono dedicati a questo “lavoro” informativo?

Continua da parte di Federanziani la costante e sistematica attenzione al settore sanitario che rappresenta per milioni di cittadini, anziani e non solo, un punto di riferimento cruciale per la propria qualità di vita. Anche nel 2007 abbiamo portato a termine il progetto “Sic - Sanità in cifre”, il compendio sulla sanità italiana giunto alla sua seconda edizione. Sic 2007, quanto mai ricco di contenuti, numeri ed analisi dettagliate sulla sanità italiana, costituisce il più completo, organico ed utile strumento d'ausilio ai decisori politici, nazionali e locali, un valido supporto strategico e conoscitivo a disposizione di tutti gli operatori che compongono ed interagiscono con la filiera produttiva sanitaria.

Qual è l'obiettivo di questa seconda edizione?

Sostanzialmente quello di fornire un compendio volto non solo alla conoscenza delle attuali condizioni economiche e sanitarie del nostro Paese, ma utile anche a delinearne gli sviluppi futuri, certi o eventuali. “Dati Demografici ed Epidemiologici”, “Organizzazione”, “Personale”, “Spesa Sanitaria” e “Spesa Farmaceutica” sono le cinque parole chiave su cui

Oltre 1800 pagine e 4mila prospetti tra grafici e tabelle aggiornati al 31 dicembre del 2006 fanno del Sic 2007 un pratico strumento per il monitoraggio della gestione dei servizi da parte della sanità pubblica misurandone il livello di equità e la capacità del cittadino di esserne protagonista

Roberto Messina, presidente di FederAnziani



Sic 2007 la Sanità italiana in cifre

La spesa media pro-capite per l'assistenza domiciliare degli italiani è di 13,68 € annui, e quella per gli anziani non autosufficienti è, incredibilmente, di soli 38,18 € l'anno: “È la foto di un'Italia che cammina a due velocità – ha detto Roberto Messina, presidente di FederAnziani – con punte di eccellenza accanto a ritardi oggi inammissibili”

si basa la nuova edizione del 2007 e da cui prendono spunto analisi dettagliate adatte a determinare e disegnare la situazione di tutto il comparto sanitario relativamente alle condizioni di salute della popolazione, alla quantità delle strutture di ricovero ed il numero di posti letto, all'elenco del personale Sanitario per età e ruolo, ai costi e gli investimenti del Ssn, ai consumi e la spesa nel settore farmaceutico, fino ai tempi delle liste di attesa: solo alcuni dei numerosi indicatori volti a misurare i risultati in termini di efficienza, efficacia, qualità delle prestazioni.

Una salute, insomma, non più “calata dall'alto” ma della quale vogliamo conoscere tutti i risvolti.

Sempre più la sanità sta adeguando la propria comunicazione per andare incontro alle esigenze dei cittadini e garantire loro un più alto livello di efficienza e di qualità dei servizi erogati.

In questa nuova ottica, anche l'information technology assume un nuovo ruolo. Le risorse e le iniziative si sono concentrate, in particolare per conoscere i cittadini, sviluppare strategie di ascolto e verificare il livello di soddisfazione degli stessi. Si tratta di analizzare le esigenze per soddisfare la “domanda sociale di innovazione” da parte dei cittadini.

Purtroppo l'organizzazione del Ssn – così diffusa nel territorio e così complessa nella gestione – deve ancora trovare un giusto equilibrio tra contenimento dei costi e aumento della qualità delle prestazioni erogate.

Una delle nuove sfide per la sanità è una modalità per rispondere alle esigenze di un sistema così frammentato: è sicuramente lo sviluppo e l'ap-

plicazione sistemica di applicativi di gestione delle informazioni/dati prodotte nelle strutture sanitarie. Anche nel mondo sanitario si comincia a prendere coscienza che le tecnologie dell'informazione e della comunicazione – quella che gli inglesi chiamano ICT – possono giocare un importante ruolo nel raggiungimento degli obiettivi in quanto, indipen-

dentemente da un auspicato intervento sul piano tecnologico ed organizzativo e pur in presenza di una capacità di spesa limitata, la domanda si sta chiaramente indirizzando verso soluzioni sempre più integrate con esigenze di interoperabilità e di condivisione dei dati disponibili. Da qui l'esigenza di attrezzarsi con strumenti software e ICT in grado di gestire e condividere in digitale l'enorme mole di dati prodotti e disponibili.

Eppure, anche se molti operatori oggi fanno già uso di supporti informatici per produrre e gestire i dati, troppi sono ancora vincolati all'utilizzo della tradizionale carta o supporto.

Gestire le diverse banche dati sanitarie, metterle in comunicazione tra loro, utilizzare sistemi informativi integrati permettono al sistema sanità di governare i processi sanitari riducendo ridondanze e tempi decisionali dei medici; risolvere il problema della gestione ed archiviazione fisica della documentazione sanitaria; ridurre errori di trascrizione o di interpretazione, permettere ai clinici di avvalersi di valutazione di particolari specialisti presenti solo in alcuni centri, evitare al cittadino-utente spostamenti non indispensabili quali il ritiro referti, consulenze specialistiche, accessibilità ai propri dati sanitari. •

QUALCHE NUMERO DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Costi e spese. Il costo dell'assistenza ospedaliera cresce del 7,5% in soli due anni – passando in media da 610 € procapite nel 2000 a 656 € - mentre i costi procapite dei LEA (i Livelli Essenziali di Assistenza in base ai quali vengono “rimborsati” gli ospedali dalle Regioni) passano nello stesso periodo da 1223 € a 1409 €, con un incremento (15,2%) doppio rispetto alla spesa.

Specialistica e ospedaliera. La spesa specialistica aumenta in 10 anni del 175% - passando da 1,2 miliardi di € del 1995 ai 3,3 del 2005 – mentre quella ospedaliera cresce nello stesso periodo meno di un terzo (58,2%), passando da 5,5 miliardi di € a 8,7 miliardi.

Personale Ssn. Sicuramente diminuito in termini numerici negli ultimi dieci anni – passando dalle 666mila unità del 1995 alle 635mila del 2000 e alle 659mila del 2003 (-1,1%) – non ha visto certo diminuire proporzionalmente l'onere a carico del Ssn, passato dai 20,5 miliardi del 1995 ai 31,1 del 2005 con un aumento in percentuale del 51,7%.

Controlli. È questa una delle poche note “positive”: il ministero della Salute ha fatto ispezionare quest'anno molte strutture ospedaliere, con dati di certo non allarmanti: su 321 ispezionate si sono riscontrate 117 irregolarità amministrative e sono state operate 56 segnalazioni all'autorità giudiziaria. Ma, come dichiarato dagli stessi Nas, la legislazione italiana è tra le più severe del mondo, per cui vengono “segnalati” anche ritardi di orario di arrivo del personale piuttosto che chiavi mancanti dalla toppa di una porta!



NOI ITALIANI a cavallo del millennio

il libro di Eolo Parodi e Donato Magi

Siamo aumentati più negli ultimi cento anni che... nell'ultimo millennio! E sì. Perché l'aspettativa di vita, in Italia, in un secolo è quasi raddoppiata. È questo solo uno dei numerosissimi dati contenuti nel volume “Noi italiani – Dall'unità al terzo millennio: dati dal 1861 e proiezioni al 2051” scritto dal presidente Eolo Parodi e dal professor Donato Magi, statistico medico presidente della Società italiana di medicina specialistica. Una messe di dati che parte dal 1861, anno della “fondazione politica” dell'Italia e attraverso il Paese dei giorni nostri, spingendosi, con proiezioni, fino al 2051. Il testo di oltre 450 pagine è diviso in nove parti e contiene una serie di dati e grafici che aiutano a comprendere meglio come siano cambiati e come cambieranno gli italiani.

Auenbrugger, un medico che percuoteva le botti

Leopold Auenbrugger battendo sui contenitori del vino aveva intuito che il rumore che ne derivava era diverso a seconda se questi erano pieni o vuoti. Applicando lo stesso metodo in medicina, delineò la semeiotica percussoria delle malattie acute e croniche del torace. Una storia curiosa

di Luciano Sterpellone

Le invenzioni e le scoperte sono spesso frutto del caso o delle coincidenze. Louis Pasteur metteva tuttavia in guardia contro le troppo facili generalizzazioni, sostenendo che la “scoperta per caso”, quella che oggi chiamiamo *serendipità*, può esser fatta soltanto da una mente preparata, non da chiunque. Milioni di persone avevano visto oscillare una lucerna, ma solo Galileo scoprì le leggi del moto del pendolo. Certo è che le circostanze favorirono, nella seconda metà del 1700, la codificazione di una metodica oggi ancora in auge e di grande valore nella semeiotica clinica: la percussione. Tutto merito della perspicacia di Leopold Auenbrugger, ma che il caso volle fosse figlio di un venditore di vini. Già da ragazzo, Leopold mostrava infatti uno spiccato “orecchio” musicale, che l’aveva indotto a studiare il violino: e proprio sfruttando questa sua dote naturale, mentre lavorava nella bottega paterna era divenu-

to molto pratico nel valutare il livello del vino nelle botti percuotendone le pareti con piccoli colpi delle dita e percependo anche le più sottili differenze di tonalità prodotte: ovviamente, nelle parti corrispondenti all’area interna della botte in cui era presente vino la percussione dava una risonanza più “grave” che in quelle vuote.

Il padre pensava però, per il figlio, a un futuro diverso da quello del vinaio, e l’aveva fatto studiare Medicina all’Università di Vienna. Così, quando egli prese la laurea, gli venne spontaneo provare ad applicare al torace e all’addome dei pazienti la stessa tecnica di percussione delle botti che tanto gli era servita da ragazzo.

La carriera del giovane medico ebbe inizio a Vienna, alla Spanisches Krankenhaus, dove egli cominciò a mettere sistematicamente in atto le proprie doti ed esperienze: trascorse ore a percuotere pance e toraci, annotando meticolosamente giorno dopo giorno anche le più fini differenze di

tono e di intensità sonora prodotte dalla percussione. Percuoteva battendo *direttamente* con le dita sulla parete toracica o addominale, senza interporre le dita dell’altra mano.

Per sette anni rilevò attentamente, e registrò, queste differenze di tonalità, in particolare nei pazienti con malattie del cuore e dei polmoni, confrontando e controllando poi i reperti con quelli anatomo-patologici (autoptici) nei pazienti deceduti e negli animali da

esperimento. Compendiò, infine, questa enorme massa di dati in una breve comunicazione in latino dal titolo *Inventum novum* (1761), nella cui introduzione afferma con modestia: “Ho fatto ciò non per prurito di scrivere né per passione speculativa, ma per il desiderio di sottoporre ai miei colleghi il frutto di sette anni di osservazioni e riflessioni”.

Nel suo lavoro Auenbrugger rivela così per la prima volta che nelle malattie del torace il tono risonante che normalmente si produce alla percussione si modifica in *sonus alterior* (alto o timpanico), in *sonus obscurior* (suono indistinto) o in *sonus carnis percussae* (suono ottuso). Delinea in tal modo la semeiotica percussoria delle malattie acute e croniche del torace, descrivendo i reperti in varie situazioni: enfisema, pericardite essudativa, aneurisma del cuore (dilatazione e ipertrofia), rot-

Leopold Auenbrugger con la moglie Marianne

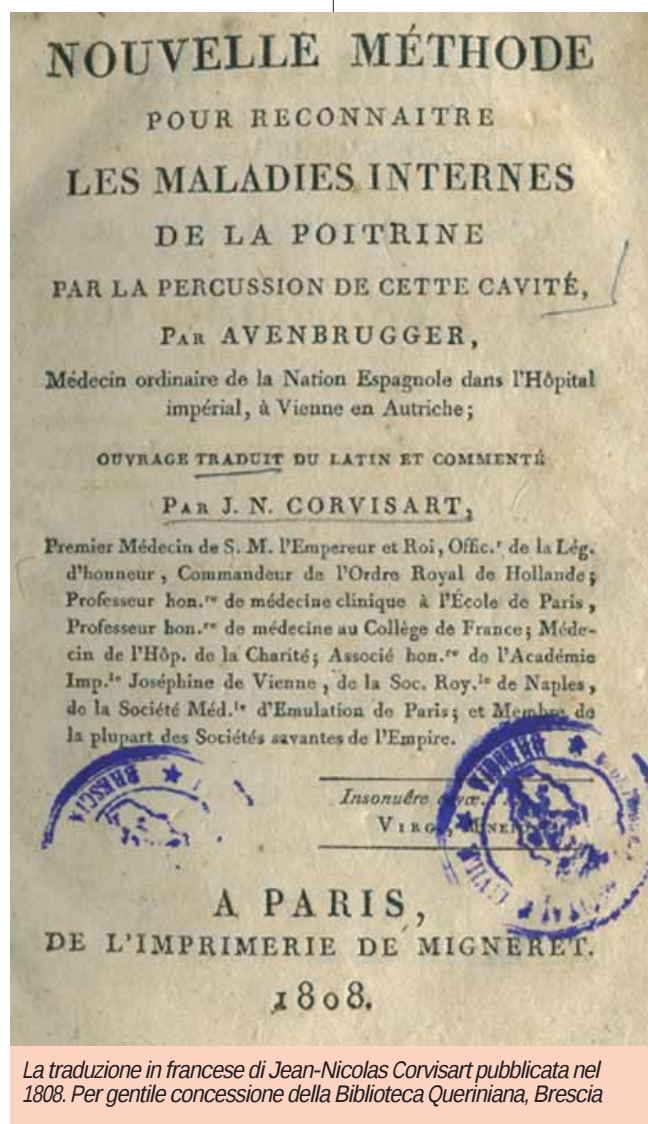


Le aspre critiche lo costrinsero alle dimissioni dall'ospedale

tura della pleura, tumori del polmone.

Né dimentica di sottolineare, nella stessa comunicazione, le esperienze acquisite nella bottega paterna: “[...] Queste variazioni dipendono dalla causa che può diminuire o accrescere il volume dell’aria comunemente contenuta nella cavità toracica. Questa causa, sia una massa solida o una massa liquida, produce ciò che noi osserviamo, per esempio, nei barili, i quali quando sono vuoti risuonano in tutti i punti; ma, se sono riempiti, perdono tanto della loro risonanza quanto il volume dell’aria che essi contengono è stato diminuito”.

La nuova disciplina scientifica dell’auscultazione suggerita da Auenbrugger poteva rappresentare un immediato passo in avanti nella pratica medica di tutti i giorni: eppure, in un’epoca in cui la sola risorsa dell’esame obiettivo era rappresentata dal rilievo tattile del polso e dall’osservazione dei movimenti respiratori, il metodo percussorio da lui proposto suscitò quasi ovunque diffidenze, incertezze e perplessità, se non addirittura indifferenza. È pur vero che alcune riviste mediche ebbero espressioni favorevoli per il nuovo metodo, che il grande Albrecht von Haller lo



La traduzione in francese di Jean-Nicolas Corvisart pubblicata nel 1808. Per gentile concessione della Biblioteca Queriniana, Brescia

giudicò “molto importante”, e che l’autorevole Carl Friedrich Ludwig lo definì “una torcia che porterà la luce nell’oscurità delle malattie del torace”. Ma a dare il colpo di grazia alla potenziale diffusione del metodo intervenne l’altrettanto carismatico August Vogel, il quale dichiarò senza mezzi termini che nell’*Inventum novum* non ritrovava altro che la *succussio Hippocratis*, vecchia di duemilacinquecento anni. Invero, anche Ippocrate ri-

correva alla percussione per rilevare qualche anomalia a carico del torace e dell’addome: ma la sua era una tecnica empirica, approssimativa, del tutto priva di basi scientifiche, assai diversa da quella emersa dalla lunga puntigliosa sperimentazione del medico viennese.

Le dispute che Auenbrugger dovette affrontare nel mondo medico divennero così aspre, da costringerlo a dimettersi dall’ospedale, per dedicarsi esclusivamente al-

la professione privata; e il suo libro cadde nell’oblio. Sarebbero trascorsi oltre cinquanta anni prima che Jean-Nicolas Corvisart, medico personale di Napoleone Bonaparte, *riscoverisse* le poche decine di pagine (appena 1200 parole) scritte in latino da Auenbrugger e le traducesse in francese, verificandole e commentandole con un testo quattro volte più copioso dell’originale. Solo allora (nel 1808, un anno prima della morte del medico viennese), così rivalutato e più ampiamente diffuso, il metodo della percussione avrebbe iniziato la sua marcia trionfale tra i medici, per essere insegnato anche nelle università.

Nel frattempo Auenbrugger era diventato un medico di successo, che annoverava tra i propri pazienti i nomi più prestigiosi della nobiltà viennese, pur non senza disdegnare i poveri. L’imperatrice Maria Teresa lo elevò al rango di *Edler*, cioè nobile, concedendogli di far precedere il cognome dall’ambito titolo di *von*.

Ma l’antica passione per la musica non l’aveva abbandonato. Così, Leopold von Auenbrugger trovò anche il tempo di scrivere per Salieri (il musicista ingiustamente accusato di aver avvelenato Mozart) il libretto dei *Singspiel* in tre atti *Der Rauchfangkehrer* (Lo spazzacamino), che avrebbe riscosso un discreto successo dopo la prima rappresentazione al Burgtheater di Vienna, e poi replicato a Francoforte, Berlino, Praga, Riga e Budapest. •



Servizio di Vulnoterapia al Policlinico militare

È una risposta concreta all'aumento dell'incidenza delle ferite difficili da guarire. L'esperienza internazionale degli ufficiali del Servizio sanitario dell'Esercito rappresenta una sicura garanzia per i pazienti

**di Federico Marmo
e Corrado Maria Durante (*)**

Il neologismo Vulnoterapia è un ibrido latino-greco che indica l'azione di curare quella tipologia di ferite che, non guarendo né spontaneamente né con le terapie locali e sistemiche tradizionali, assumono dei connotati assolutamente peculiari e di difficile collocazione specialistica. Il problema della cura delle lesioni cutanee complicate e complesse data alcuni anni, ma il concetto di Vulnoterapia è di nuova acquisizione, per trovare una risposta concreta all'aumento dell'incidenza e prevalenza delle ferite che

non tendono a guarigione e che costituiscono un fardello economico per tutti i Paesi industrializzati e progrediti. Nel nostro Paese già alcuni anni fa si era comunque sentito il bisogno di racchiudere in un termine scientifico tutte le conoscenze disponibili per quelle patologie del tegumento di difficile attribuzione clinica; per tale esigenza si era cominciato a parlare di Vulnologia come di quella branca della medicina e della chirurgia che si occupa delle ferite acute e croniche, in termini di studio e approfondimento della loro eziologia.

La Vulnoterapia ha un significato sicuramente più

ampio, includendo anche il fine terapeutico attraverso l'utilizzo delle medicazioni tecnologicamente avanzate, della bioingegneria tessutale, delle biotecnologie chirurgiche e delle tecniche di chirurgia ricostruttiva più all'avanguardia.

Il primo "specialista" delle ferite, nella storia della medicina, è stato Acargato, un medico dell'era di Celso e Galeno, operante in Roma, che veniva definito "Vulnerarius". Nel 46 a.C., con l'arrivo a Roma di Acargato dal Peloponneso, iniziò il periodo di maggior splendore della medicina romana.

A tutt'oggi, sia nel mondo ospedaliero che in quello

universitario non esiste uno specialista di riferimento, in parte per motivi tecnici (l'alto numero di malattie coinvolte) e in parte per la prolungata disaffezione medica al problema. Oggi l'aumento dell'incidenza ed i costi elevatissimi (poco meno di un milione di euro spesi nel 2004 dal Ssn), stanno cambiando lo stato delle cose. La mancanza di una specifica scuola di specializzazione negli atenei italiani ostacola la costituzione di linee guida per il trattamento delle ferite che non guariscono (*non-healing wounds*), impedisce la realizzazione di una formazione professionale specifica e la conseguente caratterizzazione dell'esperto in "ulcere difficili" e soprattutto non aiuta le persone affette da tali patologie (dati recenti dicono 1 - 3 milioni).

Attualmente in Italia esistono pochi centri specializzati nell'assistenza, diagnosi e cura delle ferite che non guariscono; qualora si escludano le strutture che si occupano essenzialmente di piede diabetico, risultano maggiormente attivi nel settore, nonché presenti nel Web dedicato, i Centri di: Varese (ambulatorio

**Inaugurato
nel dicembre 2005,
il Servizio
è operativo
dal gennaio 2006**

per la cura delle ulcere), Monza (Centro di Vulnologia), Como (Centro di Vulnologia Ospedale Valduce), Torino (Ambulatorio di Vulnologia Clinica S. Luca), Pinerolo (Ambulatorio di Vulnologia Osp. E. Angelli), Ravenna (Centro cura ferite difficili), Pavia (Unità per la diagnosi e cura delle ulcere cutanee), Pisa (Clinica Dermatologica), Roma (Ambulatorio ferite difficili IDI e Day Hospital chirurgia plastica Ospedale S. Camillo), Messina (Centro ferite difficili- Azienda Ospedaliera Papardo).

L'effettiva carenza di strutture accademiche e cliniche di riferimento per la cura delle lesioni tessutali complesse e la crescente esperienza maturata dagli specialisti del Servizio sanitario dell'Esercito nelle operazioni umanitarie al di fuori dei confini del Paese hanno costituito il momento propulsore per la realizzazione del Servizio di Vulnoterapia presso il Dipartimento emergenza-accet-



La mancanza di una scuola di specializzazione ostacola l'elaborazione di linee guida

tazione del Policlinico militare di Roma.

Gli ufficiali medici del Servizio sanitario dell'Esercito, negli ultimi venti anni, hanno maturato un ampio bagaglio scientifico conoscitivo e pratico in molti "teatri" del pianeta, dall'Africa (Somalia, Ruanda e Mozambico) ai Balcani (Bosnia, Macedonia, Albania e Kosovo) passando per il Libano, l'Iraq e l'Afghanistan fino a Timor Est. In ogni Paese in cui sono stati impegnati, hanno applicato un "metodo" per affrontare le lesioni cutanee traumatiche e ne hanno tratto insegnamenti ed evidenze estendibili ad altri settori quale appunto la Vulnoterapia.

Con queste premesse, il Servizio di Vulnoterapia rappresenta, primo in Italia, il prototipo del centro clinico di assistenza e trattamento delle ferite acute e croniche di complicata risoluzione e, soprattutto, è un centro di alta valenza specialistica per la preparazione e detersione delle ferite con apparecchiature e strumenti moderni.

Inaugurato dal Comandante logistico nel dicembre 2005, il Servizio di Vulnoterapia è ufficialmente operativo dal gennaio 2006.

Il Servizio, aperto dal lunedì al sabato, svolge attività assistenziali in due locali attrezzati con apparecchiature tecnologiche (Frems, Ultrasound-scalpel, Hydro-surgery, Vac, ecc.) e dispone di tutto l'armamentario delle medicazioni Hi-Tech più efficaci; a disposizione del Servizio vi sono due letti di degenza presenti sullo stesso piano, utilizzati per i pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia ricostruttiva.

Nel 2006 sono state effettuate 1737 medicazioni tecnologicamente avanzate in ambulatorio, 297 consulenze e medicazioni presso i reparti di cura del Policlinico e di altre strutture convenzionate e/o affini; 130 detersioni chirurgiche e con ultrasuoni delle lesioni, 439 sedute di neurostimolazioni Frems e circa 150 trattamenti a pressione negativa, sia in ambulatorio che nei reparti di cura. Il quadro clinico iniziale dei pazienti assistiti è sempre il medesimo: cronicità della lesione, impreciso inquadramento diagnostico, approssimativa terapia locale e/o sistemica, "pellegrinaggio" in molti ospedali non specializzati per la patologia tessutale.

Nella nostra esperienza, la distribuzione percentuale delle cause che determinano le lesioni complesse è così ripartita: 50 per cento dei casi di origine venosa, 10 per cento di origine diabetica, 10 per cento di origine arteriosa, 10 per cento di natura traumatica, 10 per cento di origine vascu-

litica, 5 per cento di origine mista e 5 per cento di altra origine. Sul piano assistenziale, costituiscono un capitolo a parte le lesioni da pressione, conosciute meglio con il termine di "decubiti"; esse, infatti, giungono alla nostra osservazione direttamente dai reparti di cura più a rischio, quali terapia intensiva, ortopedia, medicina, chirurgia generale e riabilitazione, nonostante le precauzioni e le opere di prevenzione costantemente applicate. I pazienti affetti da lesioni da pressione vengono quindi seguiti dal team del Servizio direttamente nel reparto di appartenenza ed eventualmente vengono sottoposti ad interventi correttivi nel corso della degenza.

Un nosocomio militare, che voglia essere al passo con l'evoluzione scientifica e tecnologica ed aderente alla propria "mission", non poteva non annoverare tra i suoi servizi una branca moderna ed attuale quale la Vulnoterapia, dove riversare e coagulare le molteplici esperienze clinico-terapeutiche maturate sul campo per offrire un Servizio quanto più rispondente ai criteri basilari dell'assistenza sanitaria di efficienza, efficacia e qualità. •

(*) *Il Magg. Gen. med. Marmo è capo del Dipartimento di sanità dell'Esercito; il Ten. Col. med. Corrado Maria Durante è responsabile del Servizio di Vulnoterapia del Policlinico militare di Roma*

di Daniele Romano

Nell'Unione Europea è la causa di morte di 40mila persone ogni anno, con un milione e 700mila feriti di cui 150 mila che acquisiscono disabilità permanenti. Il costo è oltre il 2% del Prodotto interno lordo. Secondo le Nazioni Unite, gli incidenti stradali rappresentano un vero salasso per l'economia mondiale: i costi sociali complessivi sono stimati in 518 miliardi di dollari, di cui 100 miliardi nei solo Paesi in via di sviluppo. Cifra che rappresenta il doppio dell'ammontare degli aiuti internazionali stanziati per lo sviluppo di questi Paesi.

Il Censis ha stimato che in Italia il costo sociale degli incidenti stradali sia intorno ai 20 miliardi di euro. In Italia abbiamo ogni anno circa 6mila morti, oltre 300mila feriti di cui circa 20mila disabili permanenti.

I grandi costi sociosanitari sono costituiti soprattutto dalle lesioni e dalle disabilità permanenti che richiedono una grande assistenza per garantire livelli minimi di dignità alla vita delle persone - e delle famiglie - infortunate.

Il 70% dei traumi cranici e spinali che si rivolge alla riabilitazione, è stato causato da incidenti stradali.

Cosa può offrire la medicina e l'innovazione a questo immenso problema?

Ne parliamo con il prof. Vilio Tempesta, già ricercatore dell'Università di Roma Tor Vergata, direttore della U.O. di Ortope-

Le strade della strage

Le cifre sono di una vera guerra, soprattutto quelle dei costi sociosanitari degli incidenti stradali. Nel mondo sono ancora la prima causa di morte e di disabilità per i giovani sotto i 25 anni (400 mila morti) e per gli under 40

della dell'Ospedale "Cardinale G. Panico" di Tricase in provincia di Lecce.

I traumi vertebro-midollari sono meno frequenti dei traumi cranio-encefalici (10-20mila rispetto a 70-90mila) ed hanno un grosso impatto sociosanitario ed economico. Vengono colpiti maggiormente i maschi (82,3%) tra i 16 e i 30 anni. Attualmente con l'uso del casco la tendenza è all'aumento dei traumi vertebro-midollari rispetto ai traumi cranio-encefalici, essendo infatti gli incidenti stradali (44,8%) la causa più frequente, cadute (21,7%), atti di violenza (16%), incidenti sportivi (13%).

"Negli ultimi anni - spiega Tempesta - è divenuto chiaro che non sempre la riduzione può essere acquisita con manovre incruente e che non sempre i mezzi di contenzione tradizionale assicurano una immobilizzazione confacente e scevra da inconvenienti, per cui si sono sviluppate tecniche chirurgiche che hanno progressivamente sostituito i metodi di trattamento con-

servativo. Ne consegue che l'indicazione operatoria si pone non soltanto quando vi è una lesione che determina compressione del midollo spinale, ma anche nel caso di semplice instabilità vertebrale. Compito dell'intervento è la eliminazione, la riduzione o la prevenzione della compressione sulle strutture neurali, la consolidazione del focolaio di frattura, la restituzione della stabilità della colonna, la reintegrazione della funzione dinamica".

La decompressione sarà la risposta terapeutica efficace in caso di compressione del midollo. Quando esiste una lesione instabile occorre procedere alla stabilizzazione realizzando la fissazione del segmento instabile per via posteriore o anteriore o combinata con placche, barre, viti, uncini. "Negli ultimi anni - continua Tempesta - trattamenti chirurgici mininvasivi percutanei impiegati per il trattamento delle fratture vertebrali da osteoporosi sono utilizzati nelle fratture vertebrali traumatiche di pa-

Prof. Vilio Tempesta
Già ricercatore dell'Università di Roma Tor Vergata.
Direttore della U.O. complessa di Ortopedia. Ospedale "Cardinale G. Panico" Tricase (LE)



zienti con oltre 40 anni che hanno integrità del muro somatico posteriore: vertebroplastica, cifoplastica e vesselplastica. Tali interventi prevedono l'introduzione, attraverso un accesso extrapeduncolare o peduncolare a seconda della vertebra da trattare, di cemento acrilico nel soma della vertebra, stabilizzando in questo modo la frattura." Presso la Divisione di ortopedia e traumatologia dell'Ospedale Cardinale Panico di Tricase "utilizziamo la vesselplastica, che ci permette una stabilità della frattura con ripristino della altezza vertebrale e, se ci si attiene scrupolosamente alla tecnica, assenza di fuoriuscita di cemento: questo consente un rapido ritorno alle proprie attività della vita quotidiana."•

**Ogni anno
in Italia circa
6mila morti per
incidenti stradali**

Una lunga giornata di Pronto Soccorso

A due passi da piazza San Pietro e dal carcere di Regina Coeli. Il dottor Flavio Caruso, dirigente responsabile, racconta di una giornata di ordinario lavoro della sua équipe

di Gianluca Aschi

Le sirene delle ambulanze, i lamenti dei feriti, le voci concitate di infermieri e poliziotti, lo sguardo preoccupato di chi è già lì ed attende di essere visitato. Sopra le vetrate c'è scritto "Pronto Soccorso"; non ci vuole una fantasia eccessiva per capire che ci troviamo in un luogo dove il dolore e la speranza sono di casa. Questo è l'Ospedale Santo Spirito, uno dei più antichi d'Italia. È a due passi dal Vaticano; ad occhio puoi vedere la piazza di San Pietro gremita di fedeli. Un po' più in là c'è il carcere di Regina Coeli.

Il dirigente responsabile del Pronto Soccorso dell'ospedale, il dottor Flavio Caruso, che vanta un'esperienza quasi trentennale nelle strutture d'urgenza, vuole anzitutto rimarcare il miglioramento del livello del Pronto Soccorso italiani negli ultimi venti anni. "Da una situazione di trincea oggi siamo arrivati ad una situazione assistenziale molto incoraggiante. Un tempo, arrivare al Pronto Soccorso con un infarto non significava trovare un aiuto risolutivo.



Oggi, invece, un infartuato nelle strutture d'emergenza trova la possibilità di cure mirate ed efficaci". Parliamo del Santo Spirito. Caruso fa notare che Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso si fanno carico di diversissime realtà. Dall'impatto dei grandi eventi turistici e religiosi, all'enorme numero di persone, razze e lingue diverse, ma anche alle peculiari esigenze di cura e controllo di pazienti detenuti presso il vicino carcere di Regina Coeli. Non va trascurata, inoltre, la presenza massiccia nella zona di persone "senzateetto", spesso bisognose di aiuto medico.

Insomma, sentendo parlare questo medico "con l'elmetto" si capisce sempre di più la difficoltà, ma an-

che la bellezza, della "nascente Medicina d'Urgenza e dell'Emergenza". Non si tratta più di un inevitabile "luogo di passaggio temporaneo per neolaureati", bensì di "una specializzazione che impegna per la vita professionale intera". Si profila all'orizzonte la figura di un medico polivalente, capace di "trattare in accettazione qualunque tipo di patologia, per poi indirizzare ai vari specialisti".

È utile, infine, sapere che la Protezione Civile e il Servizio 118, collaborano assiduamente con il Pronto Soccorso per l'addestramento e l'aggiornamento, anche all'estero, del personale in caso di maxi-emergenza, cioè in quei casi di gravissima emergenza che coinvolgono un grande nu-

mero di persone (ad es. incidenti di folla o attentati terroristici).

Al Pronto Soccorso del Santo Spirito, quando tutto "va bene", sono un centinaio gli accessi giornalieri, di cui il 30-35% per cause traumatologiche; nei circa tremila accessi mensili è in crescita la percentuale derivante da atti violenti quali risse e accoltellamenti. Il 17-18% degli oltre 30mila ricoveri annuali ha esito in ricovero. Il tutto gestito da tre medici (un ortopedico; un chirurgo; un internista), alcuni consulenti (l'équipe completa è di quindici medici), cinque infermieri, la mattina un medico e un infermiere esclusivamente per i "codici bianchi".

I quattro box-visita sono attrezzati con monitor-de fibrillatore; elettrocardiografo; sistema per la respirazione invasiva, sezione radiologica, Tac, risonanza magnetica ed ecografo. Per quanto riguarda i materiali più frequentemente impiegati risultano quotidianamente circa 100 siringhe e 30 kit da traumatologia (bende, stecche, tensoplast, ecc.), mentre il rifornimento farmaci viene garantito tre volte la settimana.

Il dottor Caruso ci accompagna all'uscita. A destra e a manca uomini e donne in attesa. Si affacciano dalle porte camici bianchi. Via vai continuo, lettighe, carrozzelle, gente sollevata e presa in braccio. Anche questo è soccorso. Pronto. •

Alle radici della violenza: tra spettacolo e normalità

L'errore tragico è ritenere che l'aggressività - che è parte costitutiva dell'uomo - possa giustificarla.

Il coinvolgimento delle famiglie, della scuola, dei luoghi di lavoro. Ma anche tra i diversi gruppi sociali

di Antonio Gulli (*)

Mentre trent'anni fa solo un giovane su venti mostrava comportamenti problematici, oggi tale realtà coinvolge un giovane su cinque. In certe scuole e quartieri addirittura uno su due.

Questa è la conclusione cui è giunta Anne Marie Am- bert - sociologa presso l'università di York in Canada - analizzando i fenomeni di devianza e trasgressione dei giovani di quel Paese. Se rivolgiamo il nostro sguardo all'Europa le cose non vanno meglio. In Inghilterra e in Francia si rileva che il problema della delinquenza giovanile è all'ordine del giorno sia dei vari governi che delle campagne elettorali. E tutto ciò senza nessuna distinzione tra posizioni di destra e di sinistra.

J. P. Faye nel 1981 scriveva che "ogni società nasce ai

propri occhi nel momento in cui si dà la narrazione della sua violenza". E non ci possono essere dubbi nel riconoscere che ogni società è stata - ed è - attraversata dalla violenza. Ma l'affermazione di questo studioso potrebbe essere forse riscritta: una società nasce nel momento in cui si dà la narrazione ai propri occhi del modo attraverso cui la violenza è contenuta e normata. Cioè del modo attraverso cui essa si è legittimata - è stata resa plausibile agli occhi dei più - e del modo in cui essa ha trovato le varie forme di condanna. La società degli uomini nasce, quindi, nel momento in cui gli individui rimandano ad un elemento terzo - per esempio nella nazione moderna lo Stato - l'affermazione e la possibilità di veder riconosciuti i propri diritti senza dover ricorrere all'agire deragliato rappresentato dal-

l'azione violenta. Ma la questione è più complessa. La violenza può essere letta seguendo almeno due direzioni: quella che la vede come valore fondante ed espressione diretta della vita, che la vede come diretto epifenomeno della Natura Agente. E la violenza fondata dalla ragione, che nega la rozzezza del vitalismo, e che si esprime anche attraverso quella forma di burocrazia della ragione strumentale che - oramai egemone - nega all'esistenza una sua singolarità dotata di senso. Da qui il profondo conflitto, di natura tutta morale, tra violenza giusta - perché ritenuta legittima - e violenza ingiusta, perché condannata dalla legge. A ben vedere non

c'è atto violento che dal soggetto che lo commette non trova la sua propria giustificazione. Che trovi fondamento nella

politica, nella religione, nelle disuguaglianze nell'accesso alle risorse, nel mancato riconoscimento di un'identità, in un sentimento leso o, più semplicemente, nel non rispetto delle convenzioni informali, la violenza richiede sempre una giustificazione. Non è un caso, infatti, che quando essa si esprime in modo gratuito la violenza sembra ancor più inaccettabile.

Ma che cosa è la violenza e come interpretare l'atto violento? Questo comportamento, di per sé, si presenta come un atto che è in grado di far venire meno il fondamento stesso dell'essere umano. L'errore tragico è ritenere che l'aggressività - che è parte costitutiva dell'uomo - possa giustificarlo. La violenza è una delle figure dell'aggressività e, a ben vedere, seppur è in grado di informarla, non può giustificarla. La maggior parte delle volte il ricorrere all'aberrazione individuale - di lombrosiana memoria - è una scorciatoia che ha la sola funzione di assolvere il sistema. Essere umani significa essenzialmente parlare, comunicare, entrare nel giro di una conversazione. La violenza interrompe questo discorso. Da qui una sua possibile definizione: "può dirsi che vi è violenza allorquan-

**La violenza
fondata
dalla ragione
o dal vitalismo**

**L'ucciso
non è più
uno, nessuno
e centomila**

do il dialogo interpersonale, vale a dire qualsiasi rapporto tra persone, è bruscamente interrotto” (Ferrarotti, 1980). La violenza dà scacco alla cultura intesa come affinamento individuale e allargamento delle idee condivise e convissute per dare spazio a un altro tipo di cultura. Quella che la estetizza, la rende fotogenica, conferendo ad essa - come scriveva Ferrarotti nel lontano 1980 - un “potere ipnotico” in quanto capace di illudere gli stati e le persone che i conflitti possano trovare una soluzione nell’annullamento e cancellazione dell’altro. Non vi è una sola forma di violenza, come non vi è un luogo privilegiato dove la violenza dispiega il suo orrore. Nella famiglia, nella scuola, sul luogo di lavoro, all’interno dei gruppi e tra i diversi gruppi sociali. Il nostro percorso quotidiano è costellato di momenti di violenza. Si pensi al momento in cui saliamo in automobile fino a quando non ne discendiamo. La cultura della violenza trova un suo disseminarsi secondo linee di continuità sia orizzontali che verticali. Pensiamo a quella appena richiamata che si rinviene nella nostra quotidianità, che possiamo definire “dal basso”, “ascendente” e/o “orizzontale”; si pensi a quella diffusa dai media che ha come oggetto guerre e carestie che possiamo definire “dall’alto”, “discendente” o “verticale”.

Da qui l’idea che c’è una violenza che si ritiene ine-



luttabile e verso cui pavidamente ci sentiamo impotenti e una violenza verso cui scarichiamo tutto il nostro disappunto. Le immagini dei conflitti tra etnie e nazioni ci passano davanti agli occhi e si continua a fare ciò che si stava facendo; le immagini che hanno come oggetto qualche efferato crimine suscitano spinte “giustizialiste”; quelle che hanno come oggetto una qualche rivendicazione anche solidarietà. La guerra che coinvolge tutti lascia la molteplicità quasi indifferente; la violenza verso il singolo irrita, crea disappunto mobilità alla vendetta. La risposta a questo paradosso la si può cercare nella chiamata in causa dei “violentati”, delle vittime. L’ucciso non è più uno, nessuno centomila: è quello lì. È lui! E di quel lui ci si chiede: chi è? Perché è stato colpito? Da dove viene? Le lacrime e la disperazione dei congiunti diventano sentimento di ognuno: ognuno che ha un familia-

re, amico, compagno di scuola e conoscente si sente colpito. Forse il tutto lo si può interpretare richiamando in questi comportamenti un riverbero di vulnerabilità e, quindi, come una forma di autodifesa.

Hegel scriveva che il criminale ha diritto alla sua pena. Si può aggiungere che la vittima ha almeno diritto alla memoria. Ma la memoria è anche la facoltà che più dimentica. E le vittime cadono nell’oblio. In quel mondo immateriale in cui, forse, è possibile trovare anche la radice di una buona quantità di elementi che generano violenza.

Senza nessuna intenzione giustificatoria ma solo animati dall’ambizione di capire - qualora la violenza possa essere compresa - si può affermare che la natura della stragrande quantità di essa può essere individuata proprio nell’invisibilità in cui larghe fasce giovanili vivono la propria esperienza di crescita e affermazione del proprio sé.

L’atto violento e i comportamenti volti alla sopraffazione e alla cancellazione dell’altro portano con se il germe del protagonismo; rappresentano la scorciatoia per diventare visibili in un contesto in cui la differenza non è una novità ma l’imperativo culturale cui sembra non ci si possa sottrarre. La violenza, annullando l’altro, mette in scena il singolo, illuminandolo dell’attimo di notorietà che lo oscurerà nell’aberrazione dell’accaduto. La violenza come frattura di una possibile condivisione di senso può trovare un argine nella sua problematizzazione, evitando le derive cronachistiche spinte, che inducono all’emulazione e normalizzano ciò che accettabile non è. Il reale contrasto della violenza deve chiudere il palcoscenico ai reati e non può non vedere il superamento della spettacolarizzazione della vita. •

(*) *Professore presso la facoltà di Psicologia 2 Università “La Sapienza”*

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

La teoria della mente Incontro tra filosofia e neuroscienze

La stretta affinità che si riconosce tra le neuroscienze e la filosofia, secondo Giuseppe Roccatagliata, trae origine dal fatto che entrambe furono fondate dal figlio di Giove, Apollo, padre di Esculapio, ideatore della medicina clinica, nei templi del quale giungevano pazienti psichiatrici, cui il dio dava un messaggio di guarigione o di cura. Fin dall'antichità si rilevò infatti che da un cervello sano derivasse un ottimale funzionamento della mente. Ciò si deduce anche dagli scritti di Ippocrate, assertore della medicina clinica e delle neuroscienze e filosofo orientato ad identificare l'intelletto quale messaggero della materia vivente del cervello.

Partendo da queste premesse, Roccatagliata passa in rassegna il pensiero di numerosissimi filosofi, matematici, uomini di scienza e clinici dell'antichità e dei nostri tempi per sviluppare la sua concettosa e interessante teoria della mente.

Giuseppe Roccatagliata

"La teoria della mente incontro tra filosofia e neuroscienze"

Edizioni Borla, Roma - pp. 588, € 48,00



Diete vegetariane, esercizio fisico e salute

Vegetariani si nasce o si diventa? Perché fare questa scelta? Quali sono i limiti e i vantaggi di un'alimentazione che rinuncia agli alimenti di origine animale considerati tradizionali dai diversi popoli e necessari dalla scienza medica? Di questa dieta possono usufruirne anche i bambini e chi pratica un'attività sportiva?

Gli autori di questo libro, Iacopo Bertini, biologo nutrizionista, e Michelangelo Giampietro, specialista in Medicina dello sport e in Scienza dell'alimentazione, rispondono a questi e a molti altri quesiti riguardanti la dieta vegetariana, ripercorrendo la storia del movimento, ricordando i vari regimi vegetariani riconosciuti ufficialmente, chiarendo quali rapporti vi siano fra



questo tipo di alimentazione e il rischio di carenze e malattie ad esso imputate e infine come effettuare le scelte degli alimenti.

I. Bertini, M. Giampietro

"Diete vegetariane, esercizio fisico e salute"

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma - pp. 155, € 13,00

Biostatistica cronobiologia caosbiologia nella metodologia medica, metodi chiave

Con questo ponderoso lavoro il prof. Pietro Cugini si propone il meritevole compito di avvicinare medici e biologi alla biostatistica senza frustrarli con un eccesso di formule matematiche giacché la loro forma mentis è stata impostata da uno studio incentrato sulle scienze naturalistiche, umane e umanitarie.

Ma lo sviluppo dei trials epidemiologico-clinico-terapeutici, che spingono questi professionisti a praticare una biologia e una medicina basate sulle evidenze, fondate cioè sulle conclusioni di revisioni sistematiche di meta-analisi statistica degli studi, richiede sempre più spesso queste conoscenze. Tali nozioni diventano poi indispensabili nella ricerca scientifica di base e applicata. Per questo motivo il libro estende il corredo di informazioni statistiche alle metodologie di analisi cronobiologica e caosbiologica.

Pietro Cugini

"Biostatistica Cronobiologia Caosbiologia"

nella Metodologia Medica, Metodi chiave"

Società Editrice Universo, Roma, pp. 713



Tumori e geni

La Genetica è giustamente considerata il mezzo che porterà ad una nuova medicina basata sulla caratterizzazione molecolare dei meccanismi vitali e quindi delle malattie derivanti dal loro malfunzionamento. Il settore che ha maggiormente beneficiato della medicina molecolare è l'Oncologia.



Allo scopo di fornire ai medici le informazioni necessarie e aggiornate di queste nuove pratiche, Lucio Scopsi e Valter Gualandri hanno preparato un volume che analizza gli aspetti clinici, etici e sociali dell'applicazione della Genetica all'oncologia. Al volume è allegato un DVD che illustra gli aspetti clinici tramite le storie di sei pazienti affetti da una diversa sindrome ereditaria con predisposizione al tumore. Gli autori hanno anche aperto il sito www.geneca.org dove si può accedere ad un migliaio di pagine di informazione dettagliata sulle sindromi in questione e usufruire di un servizio di consultazione on-line.

L. Scopsi, V. Gualandri
"Tumori e geni"

Verducci Editore, Roma, pp. 257

Una chiacchierata sull'aferesi terapeutica

L'aferesi terapeutica sta diventando un campo dalle grandi potenzialità, ma è ancora poco esplorato. Alfonso Ramunni affronta questo importante argomento impostandolo come una chiacchierata allo scopo di accentuarne l'aspetto divulgativo. Nella seconda parte del libro però analizza dal punto di vista tecnico tutti i tipi di aferesi e indica i pazienti che se ne possono giovare, definisce le offerte del mercato, individua le caratteristiche di struttura e indica i possibili eventi avversi.

Chiunque sia interessato ad intraprendere un'attività di aferesi troverà in questo lavoro un'utile guida. Ma chi deve esplorare il campo delle aferesi? Finora una ingiustificata carenza di collaborazione tra trasfusionisti e nefrologi ha impedito un proficuo dibattito sulla questione e ha causato incomprensioni e ritardi, ma Ramunni sostiene che l'aferesi terapeutica è una tecnica utile a molti specialisti ed ha in sé la capacità di diventare un'area comune di grande sviluppo.

Alfonso Ramunni
"Una chiacchierata sull'aferesi terapeutica"
www.edibios.it
 pp. 121, € 25,00



In breve

Andrea Pelliccia

CONVULSIONI FEBBRILI E EPILESSIA

L'autore di questi testi ha fondato la Società San Valentino ONLUS con l'intento di abbattere i pregiudizi che impediscono a chi è affetto da epilessia, specialmente se è un bambino, di godere degli stessi diritti degli altri cittadini.

A questo fine ha predisposto il Vademecum sulle convulsioni febbrili che è stato diffuso tra tutti i pediatri d'Italia e l'opuscolo "Il mio migliore amico ha l'epilessia" che spiega ai bambini con linguaggio e immagini adeguate cos'è l'epilessia.

www.onlusanvalentino.it

Orazio D'Alessio

VITA DI FRAZIONE

Raccolta di articoli apparsi sul bimestrale di attualità e cultura "Paese Mé", pubblicati da un geriatra che ama ragionare e apprezza il valore delle piccole cose.

La prima parte raccoglie gli scritti che affrontano problemi sempre attuali sul senso della vita, la felicità, la politica, ecc. La seconda quelli che rappresentano ambienti e personaggi di paese: quel mondo che non fa la storia, ma potrebbe molto insegnare a chi la fa.

Edito da "Paese Mé"

tel. 0871.936030

pp.127, € 10,00

Nabil Al-Zein

INTEGRAZIONE, INTEGRALISMO E NUDO INTEGRALE

Otto racconti che mirano a presentare il mondo islamico agli italiani che se lo ritrovano in casa senza conoscerlo. In essi traspare un certo biasimo per il nostro modo di vivere e la speranza, se non la convinzione, che il comportamento delle moderne donne europee, a volte colpite dall'esuberanza dei nordafricani, favorirà l'avvicinamento alla nuova religione. In queste pagine compaiono, dopo l'invasione dell'inglese nella nostra lingua, alcune parole di arabo classico.

peQuod, Ancona

pp. 93, € 12,00

Corrado Sfacteria

AMORI

Ambientata nella Sicilia del dopoguerra Corrado Sfacteria narra la storia di due amici, compagni di scuola, Giusanchi e Salvatore, l'uno dai molteplici interessi e poco incline alla fedeltà e l'altro guidato dal sentimento alla ricerca del grande amore. L'orizzonte del romanzo è allargato da passi che raggiungono la Germania, l'Inghilterra, l'Egitto e problematiche dei nostri tempi, come la conversione di uomini siciliani all'islamismo e di donne musulmane al cristianesimo.

L'Autore Libri, Firenze

pp. 187, € 17,00

Quattro giorni sotto i ferri

La più lunga operazione chirurgica mai effettuata: ben 96 ore di camera operatoria, dal 4 all'8 febbraio del 1951

di Paolo Fantini

Il mondo della medicina, così ricco d'innovazioni e progressi tecnologici che sembrano voler accelerare lo scorrere del tempo, non poteva restare immune dalla mania di ridurre tutto a numeri, statistiche e record. Ecco così spiccare dai registri internazionali la più lunga operazione chirurgica mai effettuata: ben 96 ore di camera operatoria, dal 4 all'8 febbraio del 1951.

Siamo a Chicago, Illinois, all'Allegan Health Center. La paziente si chiama Gertrude Levandowski, ha 58 anni, e pesa circa 280 chili. Dopo l'operazione, il suo peso risulterà dimezzato a 140 chili. La differenza è tutta in una cisti ovarica che A. Morgan Cartledge, chirurgo e ginecologo, le ha asportato con pazienza certosina e, date le condizioni generali della paziente, con estrema attenzione.

La storia di Gertrude Levandowski merita un cenno. Fino all'età di 48 anni la sua vita era proceduta lungo i binari della più assoluta normalità, in una piccolissima cittadina di 250 abitanti, Burnips nel Michigan. Poi, il crack. Il marito muore e lei comincia ad acquistare peso in maniera inarrestabile.



I lavori di casa le risultano sempre più difficili, finché non si riduce alla quasi immobilità, in una poltrona rinforzata per sostenerne il peso, a chiacchiere con le vicine e a pelare patate.

I medici locali le diagnosticano abbastanza rapidamente una cisti ovarica dalle dimensioni eccezionali, al limite dell'improbabile. La cisti potrebbe essere rimossa ma le sue condizioni cardiache appaiono critiche e l'intervento presenta delle forti controindicazioni che inducono i medici a non intervenire chirurgicamente. Passa altro tempo. La cisti continua a crescere, e Gertrude con lei. Ormai, per una vestaglia da casa occorrono 5 metri di stoffa. L'addome poggia, letteralmente, sulle sue ginocchia. A Burnips arriva un nuo-

vo medico, A. G. Goude, che si dedica a studiare il caso. La sua valutazione è che l'insufficienza cardiaca è stata determinata dalla pressione operata su tutti gli organi interni dalla cisti e che, una volta rimossa quest'ultima, tutto sarebbe tornato alla normalità.

Informata della nuova situazione, la signora Levandowski si riserva di decidere e dopo qualche mese dà il suo consenso. Il figlio Charles spiega che la madre non è per nulla convinta del buon esito dell'operazione ma da una parte sente che non potrà continuare a vivere ancora per molto in quel modo, dall'altra pensa che i medici potrebbero scoprire qualcosa che potrebbe tornare utile per altre persone nelle sue condizioni.

Portata all'Allegan Health

Cisti ovarica di dimensioni eccezionali

Center di Chicago, sorge subito la prima difficoltà. Una sola bilancia non può reggere il suo peso: ne vengono affiancate due, una per piede, ma anche così entrambi gli aghi toccano il fondo della scala. Il peso viene quindi stimato superiore ai 240 chili.

Finalmente arriva il giorno, o meglio i giorni, dell'intervento. La cisti viene perforata e il liquido è "spillato" molto lentamente: 120 gocce il minuto, in modo che una perdita di pressione troppo veloce non crei problemi al cuore. In quattro giorni vengono aspirati circa 80 chili di liquido. Poi, è la volta della cisti ad essere asportata e altri 60 chili se ne vanno.

Il cuore ha retto, la convalescenza è regolare, altro peso se ne andrà quando, tre mesi dopo, la signora Levandowski verrà sottoposta ad un altro intervento per eliminare il tessuto addominale che una volta racchiudeva la cisti.

Dicevamo dei record. Ebbene, il caso Levandowski è passato alla storia come l'intervento chirurgico più lungo, ma i 140 chili della cisti non riuscirono a strappare il record di 148,7 chili di un'altra cisti ovarica asportata nel 1905 in Texas dal dott. Arthur Spohn. •

di Ezio Pasero

È il 3 giugno 2004, nell'Iraq devastato da quattordici mesi di una guerra sempre più cruenta è più facile morire che vivere. Dopo quattro ore di viaggio lungo strade rischiose e dissestate, piene di buche e di mine, di ponti crollati e di check point con i carri armati, un piccolo convoglio della Croce Rossa Italiana partito da Baghdad entra per la prima volta a Najaf. La più santa delle città per gli sciiti di tutto il mondo, dove secondo la tradizione Alì, cugino di Maometto e marito di Fatima, è sepolto tra le tombe di Adamo e di Noè. La città è circondata dalle truppe anglo-americane. Assediati, all'interno, resistono gli uomini dell'Esercito del Mahdi, i guerriglieri del giovane e bellicoso leader sciita Moqtada al Sadr. La popolazione è priva di acqua, viveri, medicine. Gli uomini della Croce Rossa Italiana scaricano e distribuiscono davanti al Mausoleo di Alì tutto ciò che sono riusciti a stipare su un camion e un paio di furgoni. La consegna degli aiuti avviene sotto gli sguardi sospettosi di uomini con le armi spianate, anche se gli operatori italiani sono accettati e rispettati grazie allo straordinario lavoro che tra mille pericoli svolgono presso il Medical City Hospital di Baghdad: attività di pronto soccorso, visite specialistiche, trattamenti in ambiente protetto di gravi

CRI: in missione

I tanti "fronti" sui quali la Croce Rossa opera.
Attività umanitarie ad alto rischio



Il convoglio della Croce Rossa all'ingresso di Najaf

ustioni, interventi chirurgici. A partire da ottobre 2003 e fino a quel momento, i pazienti assistiti sono stati 54.500, settantasette dei quali trasportati con dodici speciali voli Medevac in Italia e curati nei nostri ospedali. Un'attività sanitaria che ha regolarmente sfiorato il budget previsto di un milione di euro al mese.

Da allora, l'opera della Croce Rossa Italiana in Iraq si è intensificata, finché le condizioni di sicurezza si sono fatte talmente proibitive da imporre una sospensione delle attività. "Attualmente, un nostro delegato coordina l'utilizzo dei nostri aiuti da parte degli uomini della Mezzaluna Rossa", dice Massimo Barra, presidente della Cri, che parla per

telefono da Hebron, in Palestina, dove un'altra missione della Croce Rossa è in atto, questa di natura più psicosociale che clinica, per assistere e sostenere le giovani vittime di un'altra guerra infinita. "Ma noi in Iraq intendiamo ritornare non appena possibile", assicura il presidente della Cri. "E intanto prestiamo la nostra assistenza in molte altre zone di crisi. Sono più di una quindicina i nostri delegati attualmente impegnati all'estero, che coordinano le nostre attività insieme a decine e decine di locali pagati da noi".

La missione più impegnativa, attualmente, è quella in corso a Vakarai, nel nord-est dello Sri Lanka, una zona tra mare e giungla tropicale priva di ener-

gia elettrica, dove la Croce Rossa Italiana gestisce l'ospedale locale e dove la situazione politico-militare si è gravemente deteriorata a partire dal luglio dello scorso anno. Gli scontri sempre più frequenti e violenti fra le truppe governative e le formazioni Tamil hanno provocato la migrazione verso Vakarai di migliaia di civili, dando vita a una vera e propria emergenza umanitaria. La Croce Rossa è, insieme all'Onu, l'unica organizzazione alla quale, su preciso accordo delle due parti in conflitto, è consentito l'accesso alla zona. Ogni giorno, superando cinque diversi controlli militari, un suo team sanitario composto da medici e infermieri raggiunge così l'ospedale, dove si trovano altre 35 persone tra personale medico e logistico; e sempre dall'ospedale, un altro team composto da un medico e due infermieri si sposta poi nelle campagne, per le visite sul posto. Giornalmente, così, vengono visitate 180 persone con la clinica mobile e 140 in ospedale, e a tutte vengono dati gratuitamente i farmaci necessari per le cure. La Cri, inoltre, distribuisce 80 pasti al giorno, mantiene attivo l'unico generatore che dà luce all'ospedale, gestisce l'ambulanza locale e potabilizza 45 mila litri di acqua al giorno: indispensabili per sopravvivere, in una zona i cui pozzi sono stati danneggiati per il 90 per cento dallo Tsunami. •

Polizza sanitaria: proroga e Centri clinici convenzionati

Il 31 luglio è la data ultima per aderire alla polizza Enpam. Qui di seguito pubblichiamo l'elenco, suscettibile di variazione, dei Centri clinici convenzionati e il modulo per chi aderisce e per quanti vogliono variare l'adesione

Il 31 maggio è scaduto il termine per il rinnovo della polizza sanitaria che l'Enpam ha sottoscritto con le Assicurazioni Generali. Come è già avvenuto in passato, per venire incontro ai colleghi ritardatari, questa scadenza è stata prorogata al 31 luglio. Coloro che sono già assicurati potranno rinnovare la propria adesione semplicemente pagando il premio assicurativo per l'annualità 2007-2008; mentre coloro

che intendono aderire per la prima volta o che, già assicurati, intendono modificare la loro adesione rispetto alla sottoscrizione iniziale, dovranno compilare e inviare il modulo di adesione, pubblicato a pagina 37, entro il mese di luglio del corrente anno.

I Centri clinici convenzionati

Come annunciato sul numero di maggio pubblichiamo, qui di seguito,

l'elenco dei Centri clinici convenzionati.

Tale rete convenzionata è **suscettibile di modifiche** nel corso dell'anno: la Compagnia Assicuratrice, infatti, può procedere alla stipula di nuovi accordi o recedere da convenzioni in essere nel periodo di validità del servizio reso in favore degli Assicurati di Enpam. L'elenco ha, pertanto, un valore orientativo. Ricordiamo che per accedere alla rete convenzionata è

necessario contattare la Centrale Operativa, che provvede anche alla revisione costante della propria Banca Dati, potendo fornire così un elenco sempre aggiornato dei Centri. La Centrale Operativa è in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20, il sabato dalle 8 alle 13, chiamando dall'Italia e dall'Estero il numero **02 - 58240015** comunicando: nome e cognome, numero di polizza e recapito telefonico.

ABRUZZO

L'AQUILA	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
Casa di Cura Dott. di Lorenzo	Via Veneto, 29	67051 Avezzano	0863 4282
Casa di Cura Sanatrix	Via XXIV Maggio, 7	67100 L'Aquila	0862 410540
Casa di Cura Villa Letizia	Strada Statale 80, 25/B	67010 Preturo	0862 46061
CHIETI			
Casa di Cura Spatocco	Viale Amendola, 93	66100 Chieti	0871 3521
Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	Via Dei Frentani, 228	66100 Chieti	0871 3430
PESARO			
Casa di Cura Pierangeli	Piazza Pierangeli, 1	65124 Pescara	085 42411
Casa di Cura Villa Serena	Viale Leonardo Petrucci, 19	65013 Città Sant'Angelo	085 95901
Studio Oculistico Dr Minicucci	Via Fabrizi, 215	65122 Pescara	085 4223938

BASILICATA

POTENZA	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
Casa di Cura "Luccioni"	Viale Mazzini, 52	85100 Potenza	0971 411190

CALABRIA

COSENZA	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
Casa di Cura Cascini	Piazza De Seta, 1	87021 Belvedere Marittimo	0985 8001
Casa di Cura Villa Ortensia	Via Ariosto, 10	87100 Cosenza	0984 34462/3/4
REGGIO CALABRIA			
Casa di Cura "Caminiti"	Via Umberto I, 8	89018 Villa San Giovanni	0965 756410

CAMPANIA

	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
CASERTA			
Casa di Cura S. Michele	Via Appia, 190	81024 Maddaloni	0823 208111
Clinica Villa del Sole	Via Nazionale Appia, 35	81100 Caserta	0823 251111
NAPOLI			
Casa di Cura C. G. Rüesch	Viale Maria Cristina Di Savoia, 39	80122 Napoli	081 7178111
Casa di Cura Mediterranea	Via Orazio, 2	80122 Napoli	081 7259111
Casa di Cura Sanatrix	Via S. Domenico, 31	80126 Napoli	081 7173111
Casa di Cura Villa del Sole	Via Manzoni, 15	80123 Napoli	081 5479111
Casa di Cura Villalba	Via Provinciale San Gennaro, 8	80125 Napoli	081 7353111
SALERNO			
Casa di Cura "Tortorella"	Via N. Aversano, 1	84100 Salerno	089 2578111

EMILIA ROMAGNA

	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
BOLOGNA			
Casa di Cura Toniolo	Via Toscana, 34	40141 Bologna	051 6222111
Casa di Cura Villa Erbosa	Via dell'Arcoveggio, 50/2	40129 Bologna	051 6315000
Casa di Cura Villa Torri	Viale Filopanti, 12	40126 Bologna	051 243444
Poliambulatorio Privato Valsalva	Via Carducci, 107	40026 Imola	0542 35885
Villa Regina	Via Castiglione, 115	40136 Bologna	051 338811
Villalba Hospital	Via di Roncrio, 25	40136 Bologna	051 6443011
FORLÌ - CESENA			
Casa di Cura Malatesta Novello	Via Renato Serra, 2	47023 Cesena	0547 370711
Ospedale Privato Villa Serena	Via del Camaldolino, 8	47100 Forlì	0543 454111
Primus Forlì Medical Center	Via Punta di Ferro, 2	47100 Forlì	0543 774595
Ferrara			
Casa di Cura Salus	Via Arianuova, 38	44100 Ferrara	0532 209446
MODENA			
Az. Ospedaliera - Università di Modena	Via del Pozzo, 71	41100 Modena	059 4222111
Casa di Cura Hesperia Hospital	Via Arquà, 80/A	41100 Modena	059 449111
Casa di Cura Villa Pineta	Via Gaiato, 127	41026 Pavullo nel Frignano	0536 42039
Casa di Cura Villa Rosa	Via F.lli Rosselli, 83	41100 Modena	059 303034
Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo	Via F. Ruini, 2	41049 Sassuolo	0536 846209
PIACENZA			
Casa di Cura Privata Piacenza	Via G. Morigi, 41	29100 Piacenza	0523 711340
Casa di Cura Sant'Antonino	Viale Malta, 4	29100 Piacenza	0523 338582
PARMA			
Casa di Cura Città di Parma	Piazza Athos Maestri, 5	43100 Parma	0521 249611
"	"	"	" 249610
RAVENNA			
Casa di Cura San Francesco	Via Amalasunta, 20	48100 Ravenna	0544 458311
Ravenna Medical Center	Via Le Corbusier, 41	48100 Ravenna	0544 40707
San Pier Damiano Hospital	Via Isonzo, 10	48018 Faenza	0546 671111
Villa Maria Cecilia Hospital	Via Corriera, 1	48010 Cotignola	0545 217111
REGGIO EMILIA			
Casa di Cura Villa Verde	Viale Basso, 1	42100 Reggio nell'Emilia	0522 328611
Centro Medico Privato Spallanzani	Via Fratelli Cervi, 75/B	42100 Reggio nell'Emilia	0522 303840
Salus Hospital	Via U. Levi, 7	42100 Reggio Emilia	0522 499111

segue a pag. 32

segue da pag. 31

FRIULI VENEZIA GIULIA

	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
PORDENONE			
Az.Osp. "S. Maria Degli Angeli"	Via Montereale, 24	33170 Pordenone	0434 399111
Policlinico San Giorgio	Via Gemelli, 10	33170 Pordenone	0434 5191
TRIESTE			
Casa di Cura Pineta del Carso	Viale Stazione, 26	34013 Aurisina	040 3784111
Casa di Cura Salus - Pol. Triestino	Via Bonaparte, 4	34123 Trieste	040 317111
UDINE			
Casa di Cura Città di Udine	Via Venezia, 410	33100 Udine	0432 239111

LAZIO

	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
FROSINONE			
Casa di Cura Villa Gioia	Viale S. Domenico, 1/F	03039 Sora	0776 83941
LATINA			
Casa di Cura Casa del Sole	Via Giuseppe Paone, 58	04023 Formia	0771 324901
Casa di Cura Città di Aprilia	Via delle Palme, 25	04011 Aprilia	06 9276302
Casa di Cura San Marco - Cliniche Moderne	Via XXI Aprile, 2	04100 Latina	0773 46601
Casa di Cura Villa Silvana	Via Le Europa, 1/3	04011 Aprilia	06 921401
ROMA			
Ars Medica	Via Cesare Ferrero di Cambiano, 29	00191 Roma	06 362081
Biomedical	Via Paolo di Dono, 9	00142 Roma	06 51955516
Casa di Cura "Madonna della Fiducia"	Via Cesare Correnti, 6	00179 Roma	06 784621
Casa di Cura "Paideia"	Via Tiberio Vincenzo, 46	00191 Roma	06 330941
Casa di Cura Assunzione Maria Ss.ma	Via Nomentana, 311	00162 Roma	06 8537231
Casa di Cura Marco Polo	Viale Marco Polo, 41	00154 Roma	06 5742601
Casa di Cura Mater Dei	Via Bertoloni, 32	00197 Roma	06 802201
Casa di Cura Ns. Signora della Mercede	Via Tagliamento, 25	00198 Roma	06 8415741
Casa di Cura Nuova Villa Claudia	Via Flaminia Nuova, 280	00191 Roma	06 36303751
Casa di Cura Pio XI	Via Aurelia, 559	00165 Roma	06 664941
Casa di Cura Privata S. Maria di Leuca	Via Tiberina, 173	00188 Roma	06 330961
Casa di Cura Sanatrix	Via Trasone, 61	00199 Roma	06 86321981
Casa di Cura Villa Flaminia	Via Bodio, 58	00191 Roma	06 36206317
Casa di Cura Villa Luisa	Via S. Maria Mediatrice, 2	00165 Roma	06 632203/4/5
Casa di Cura Villa Mafalda	Via Monte delle Gioie, 5	00199 Roma	06 860941
Casa di Cura Villa Salaria	Via F. A. Gualterio, 127	00139 Roma	06 8870041
Casa di Cura Villa Stuart	Via Trionfale, 5952	00136 Roma	06 355281
Centro di Microchirurgia Oculare	Piazza della Marina, 9	00196 Roma	06 3201504
Clinica Addominale all'EUR	Viale Africa, 32	00144 Roma	06 54991
Clinica Valle Giulia	Via G. De Notaris, 2/B	00197 Roma	06 324791
Concordia Hospital			
Le Cure Cliniche Moderne	Via delle Sette Chiese, 90	00145 Roma	06 51600248
European Hospital	Via Portuense, 700	00149 Roma	06 659759
I.N.I. Ist.Neurotraum.Italiano	Via Sant'Anna SNC	00046 Grottaferrata	06 942851
Omnimed Pente	Via Ximenes, 2A/4	00197 Roma	06 8072499
Ospedale San Carlo di Nancy	Via Aurelia, 275	00165 Roma	06 39701
Policlinico A. Gemelli	Largo Gemelli, 8	00168 Roma	06 30151
Rome American Hospital	Via Emilio Longoni, 69	00155 Roma	06 22551
Salvator Mundi International Hospital	Viale delle Mura Gianicolensi, 67	00152 Roma	06 588961
Studio Medico Bove	Via Ximenes, 2/A	00197 Roma	06 8072499
Villa Europa all'EUR	Via Eufrate, 27	00144 Roma	06 596901
Villa Margherita	Viale di Villa Massimo, 48	00161 Roma	06 862751

LIGURIA

GENOVA	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
Az. Ospedaliera Villa Scassi	Corso Onofrio Scassi, 1	16149 Genova	010 41021
Casa di Cura "Villa Montallegro"	Via Monte Zovetto, 27	16145 Genova	010 35311
Villa Azzurra Hospital	Via Cabruna, 21	16035 Rapallo	0185 21311
Villa Sant'Anna	Via Alberto Liri, 27	16145 Genova	010 310851
Villa Serena	Piazza Leopardi, 18	16145 Genova	010 312331
IMPERIA			
Centro Sant'Anna	Via Privata Gazzano, 13	18100 Imperia	0183 291382
LA SPEZIA			
Casa di Cura "Alma Mater"	Corso Nazionale, 342	19100 La Spezia	0187 503232
SAVONA			
Casa di Cura della Riviera	Via Umberto Giordano, 2	17100 Savona	019 813850
Casa di Cura S. Michele	Viale Pontelungo, 79	17031 Albenga	0182 554545

LOMBARDIA

	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
BERGAMO			
Casa di Cura Quarenghi	Via S. Carlo, 70	24016 San Pellegrino Terme	034 525111
Clinica Castelli	Via Mazzini, 11	24128 Bergamo	035 283111
Humanitas Gavazzeni	Via Gavazzeni, 21	24100 Bergamo	035 4204111
BRESCIA			
Casa di Cura S. Anna	Via Franzone, 31	25127 Brescia	030 3197111
Casa di Cura San Camillo	Via Turati, 44	25123 Brescia	030 2910311
Casa di Cura Villa Gemma	Via Zanardelli, 101	25083 Gardone Riviera	0365 2980
Clinica San Rocco di Franciacorta	Via Dei Sabbioni, 24	25050 Ome	030 6859111
Fondazione Poliambulanza	Via Leonida Bissolati, 57	25124 Brescia	030 35151
Istituto Clinico Città di Brescia	Via Gualla, 15	25123 Brescia	030 37101
COMO			
"Le Betulle" Casa di Cura	Viale Italia, 36	22070 Appiano Gentile	031 973311
Casa di Cura Villa Aprica	Via Castelnarnasino, 10	22100 Como	031579411
Cof Lanzo Hospital	Località Caslè, 5	22020 Ramponio Verna	031 843111
CREMONA			
Casa di Cura San Camillo	Via Mantova, 113	26100 Cremona	0372 567111
LODI			
Medical Center	Str. Statale 9 Circonval. sud	26900 Lodi	0371 432391
MILANO			
Blue Eye Centro di Microchirurgia Oculare	Piazza Fontana, 6	20122 Milano	02 89012307
Casa di Cura "La Madonnina"	Via Quadronno, 29/31	20122 Milano	02 583951
Casa di Cura Città di Milano	Via Lamarmora, 10	20122 Milano	02 54281
Casa di Cura Columbus	Via Buonarrodi, 48	20145 Milano	02 480801
Casa di Cura Igea	Via Marcona, 69	20129 Milano	02 701421
Casa di Cura Pio X	Via Francesco Nava, 31	20159 Milano	02 69511
Casa di Cura Privata "Capitanio"	Via Mercalli, 30	20122 Milano	02 583891
Casa di Cura Privata del Policlinico	Via Dezza, 48	20144 Milano	02 485931
Casa di Cura San Camillo	Via Mauro Macchi, 5	20124 Milano	02 675021
Casa di Cura Santa Rita	Via Catalani, 20	20139 Milano	02 23931
CDI - Centro Diagnostico Italiano	Via Saint Bon, 20	20147 Milano	02 483171
Centro Cardiologico Monzino	Via Carlo Parea, 4	20138 Milano	02 580021
Clinica Mangiagalli	Via F. Sforza, 28	20122 Milano	
CTO - Centro Traum. Ortop. (ICP)	Via Bignami, 1	20100 Milano	02 57991
Emo Centro Cuore Columbus	Via Buonarrodi, 48	20145 Milano	02 4812920
Ist. Ortopedico Galeazzi	Via Riccardo Galeazzi, 4	20161 Milano	02 662141
Istituti Clinici Zucchi	Via Zucchi, 24	20052 Monza	039 83831
Istituto Clinico Humanitas	Via Manzoni, 56	20089 Rozzano	02 82241
Istituto Clinico Sant'Ambrogio	Via Faravelli, 16	20149 Milano	02 331271
Istituto Europeo di Oncologia	Via Ripamonti, 435	20141 Milano	02 574891
Istituto Ortopedico G. Pini	Piazza Cardinal Ferrari, 1	20122 Milano	02 582961

segue a pag. 34

ASSICURAZIONE

segue da pag. 33

segue Milano

	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
Multimedica	Via Milanese, 300	20099 Sesto San Giovanni	02 242091
Ospedale dei bambini Buzzi	Via Castelvetro, 32	20100 Milano	02 57991
Ospedale S. Paolo	Via di Rudini, 8	20142 Milano	02 81841
Ospedale San Carlo Borromeo	Via Pier Lombardo, 22	20135 Milano	02 550001
Ospedale San Raffaele	Via Olgettina, 60	20132 Milano	02 26432643
Ospedale San Raffaele Turro	Via Stamira d'Ancona, 20	20127 Milano	02 26431
Poliambulatorio Sanpietro	Via Agnello, 2	20121 Milano	02 8818041
Policlinico di Monza	Via Amati, 111	20052 Monza	039 28101
Uni Medica Monzese	Via Volta, 5	20052 Monza	039 380880
Dimer	Via Olgettina, 48	20132 Milano	
Centro San Luigi	Via Stamira d'Ancona, 20	20127 Milano	
Laboraf Centro Prelievi			
Analisi di Laboratorio	Via Olgettina, 60	20132 Milano	
PAVIA			
Casa di Cura Città di Pavia	Viale Parco Vecchio, 27	27100 Pavia	0382 463201
Casa di Cura Morelli	Piazza XXIV Maggio, 13	27100 Pavia	0382 372311
Ist. Clin. Beato Matteo	Corso Pavia, 84	27029 Vigevano	0381 3011
VARESE			
Casa di Cura "La Quiete"	Via Dante, 20	21100 Varese	0332 806400
Casa di Cura Santa Maria			
- Multimedica	Viale Piemonte, 70	21053 Castellanza	0331 393111
Istituto Clinico Mater Domini	Via Gerenzano, 2	21053 Castellanza	0331 476211

MARCHE

	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
ANCONA			
Casa di Cura "Villa Igea"	Via Maggini, 200	60127 Ancona	071 2801906
Casa di Cura Villa Serena	Via di Colle Onorato, 2	60035 Jesi	0731 205032
ASCOLI PICENO			
Villa Verde	Piazzale Kennedy, 2	63023 Fermo	0734227745

PIEMONTE

	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
ALESSANDRIA			
Casa di Cura S. Anna	Viale Cavalli D'Olivola, 22	15033 Casale Monferrato	0142 334611
Istituto Clinico Salus	Via Trotti, 21	15100 Alessandria	0131 29461
Nuova Casa di Cura Città di Alessandria	Via Bruno Buozzi, 20	15100 Alessandria	0131 314500
Ospedale S. Spirito	Viale Giovanni Giolitti, 2	15033 Casale Monferrato	0142 434111
ASTI			
Casa di Cura S. Giuseppe	Via De Gasperi, 9	14100 Asti	041 34385
BIELLA			
H. Degli Infermi - Asl N.12	Via Caraccio, 5/A	13900 Biella	015 35031
La Vialarda	Via Ramella Germanin, 26	13900 Biella	015 35931
CUNEO			
Az. Osp. S. Croce E Carle	Via Michele Coppino, 26	12100 Cuneo	0171 641111
Casa di Cura Città di Bra	Via Montenero, 1	12042 Bra	0172 472400
NOVARA			
Casa di Cura i Cedri	Largo Don Guanella, 1	28073 Fara Novarese	0321 818111
Casa di Cura San Gaudenzio	Via Bottini, 3	28100 Novara	0321 3831
TORINO			
Casa di Cura "Sedes Sapientiae"	Via G. Bidone, 31	10125 Torino	011 6507505
Casa di Cura Migraine Clinic	Corso Vittorio Emanuele II, 91/A	10128 Torino	011 5574111
Casa di Cura Suore Domenicane	Via Villa della Regina, 19	10131 Torino	011 8199211
Centro Servizi Ambulatoriali	Via Lagrange, 10	10123 Torino	011 5627098

<i>segue Torino</i>	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
Clinica "Cellini"	Via Cellini, 5	10126 Torino	011 692111
Clinica Eporediese	Via Castiglia, 27	10015 Ivrea	0125 645611
Clinica Fornaca di Sessant	Corso Vittorio Emanuele II, 91	10128 Torino	011 5574111
Clinica Pinna Pintor	Via Amerigo Vespucci, 61	10129 Torino	011 5802100
Presidio Sanitario Gradenigo	Corso Regina Margherita, 8	10144 Torino	011 8151211
Villa Maria Pia Hospital	Strada Mongreno, 180	10132 Torino	011 8967111
VERCELLI			
Clinica Santa Rita	Via dell'aeronautica, 14/16	10100 Vercelli	0161 2221

PUGLIA

BARI	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
Anthea Hospital	Via Rosalba, 35/37	70124 Bari	080 5644111
Casa Bianca	Via Vittorio Emanuele II, 2	70020 Cassano delle Murge	080 3467211
Casa di Cura "La Madonnina"	Via Le Pasteur, 18	70124 Bari	080 5625111
FOGGIA			
Casa di Cura "Villa Igea" prof Brodetti	Via Vittime Civili, 112	71100 Foggia	0881 742958
Centro Medico Madonna della Libera	Via Pietro Nenni, 2	71012 Rodi Garganico	0884 965941
Centro Medico Riab. Vita	Aldo Moro, 96	71042 Cerignola	0885 421950
LECCE			
Casa di Cura Pr.Petruciani	Via Aldo Moro, SNC	73100 Lecce	0832 448111
Città di Lecce Hospital	Via Prov. Per Arnesano, km 4	73100 Lecce	0832 229111
TARANTO			
Casa di Cura Bernardini	Via Scoglio del Tonno, 64	74100 Taranto	0999 7728896
Casa di Cura S. Rita	Viale Magna Grecia, 191	74100 Taranto	
Casa di Cura San Camillo	Via Masaccio, 12	74100 Taranto	0999 4716122

SARDEGNA

CAGLIARI	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
Casa di Cura Policlinico Sant'Elena	Viale Marconi, 160	09045 Quartu Sant'Elena	070 86051
NUORO			
Casa di Cura Tommasini	Via Ospedale S N - Ierzu	08100 Nuoro	0782 7616

SICILIA

AGRIGENTO	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
Agrigento Medical Center	Viale Leonardo Sciascia, 180	92100 Agrigento	0922 607901
CATANIA			
Casa di Cura "G. B. Morgagni"	Via del Bosco, 105	95125 Catania	095 238111
Casa di Cura Argento	Via O. D'arcangelo, 16	95123 Catania	095 515504
MESSINA			
Casa di Cura Cristo Re	Viale Principe Umberto, 89	98122 Messina	
Casa di Cura Villa Salus	Viale Regina Margherita, 15/B	98121 Messina	090 36901
Cure Ortopediche Traumatologiche	Via Ducezio, 1	98124 Messina	090 6601
Villa Cappellani	Viale Regina Elena, 169	98121 Messina	090 3681
Casa di Cure Orestano	Via Piazza d'Asaro, 48	90138 Palermo	091 6044111
Nuova Casa di Cure Demma	Viale Regina Margherita, 5	90138 Palermo	091 6811217
RAGUSA			
Clinica del Mediterraneo	Via E. Fieramosca, 100	97100 Ragusa	0932 641700
TRAPANI			
Casa di Cura Villa Dei Gerani	Via A. Manzoni, 18	91016 Erice	0923 557311

segue a pag. 36

ASSICURAZIONE

segue da pag. 35

TOSCANA

	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
AREZZO			
Casa di Cura Poggio del Sole	Via Fra Guittone, 2	52100 Arezzo	0575 353892
FIRENZE			
Casa di Cura "Villa Cherubini"			
Prosperius	Via Cherubini, 8	50121 Firenze	055 572556
Casa di Cura "Villanova"	Via di Careggi, 38	50139 Firenze	055 423041
Casa di Cura Frate Sole	Via San Romolo, 109	50063 Figline Valdarno	055 915301
Casa di Cura Villa Donatello	Piazzale Donatello, 14	50132 Firenze	055 50975
Santa Chiara Firenze	Piazza Indipendenza, 11	50129 Firenze	055 50381
Villa Maria Beatrice	Via Manzoni, 12	50121 Firenze	055 23571
LIVORNO			
Casa di Cura Villa Tirrena	Via Montebello, 102	57126 Livorno	0586 2631111
LUCCA			
Casa di Cura San Camillo	Via P. Ignazio Da Carrara, 37	55042 Forte dei Marmi	0584 7391
Casa di Cura Santa Zita	Via del Panificio, 13	55100 Lucca	0583 46521
PISA			
Casa di Cura Suore dell'Addolorata	Via Manzoni, 13	56125 Pisa	050 45075
PISTOIA			
Casa di Cura Santa Rita	Via Manin, 29	51016 Montecatini-Terme	0572 92821
Centro Chirurgico S. Paolo	Via del Quadrifoglio, 3	51100 Pistoia	0573 380481

TRENTINO ALTO ADIGE

	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
TRENTO			
Casa di Cura Solatrix	Via Bellini, 11	38068 Rovereto	0464 491111
Casa di Cura Villa Bianca	Via Piave, 78/80	38100 Trento	0461 916000

UMBRIA

	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
PERUGIA			
Casa di Cura Elledue	Via Serafino Siepi, 11	06100 Perugia	075 5721647
Casa di Cura Porta Sole	Piazza Michelotti, 4	06100 Perugia	075 575999
Casa di Cura Villa Aurora	Via Arno, 2	06034 Foligno	0742 351405

VENETO

	INDIRIZZO	CAP - CITTÀ	TELEFONO
PADOVA			
Asl n. 16 - Padova	Via Enrico degli Scrovegni, 14	35131 Padova	049 82165111
Azienda Ospedaliera di Padova	Via Giustiniani, 2	35128 Padova	049 8211111
Casa di Cura Abano Terme	Piazza C Colombo, 1	35031 Abano Terme	049 8221211
Casa di Cura Morgagni	Via Cavazzana, 63	35123 Padova	049 8222711
Euganea Medica - Data Medica	Via Colombo, 13	35020 Albignasego	049 8044811
ROVIGO			
Casa di Cura Città di Rovigo	Via Sichirollo, 30	45100 Rovigo	0425 426111
TREVISO			
Casa di Cura Giovanni XXIII	Via Giovanni XXIII, 5	31050 Monastier	0422 8961
Salute & Cultura	Via Borin, 48	31100 Treviso	0422 460055
VICENZA			
Casa di Cura Villa Berica	Via Capparozzo, 10	36100 Vicenza	0444 219200
VERONA			
Casa di Cura San Francesco	Via Monte Ortigara, 21	37127 Verona	045 8378111

MODULO DI ADESIONE E AUTOCERTIFICAZIONE

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

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 € 160,00 - Polizza 273669331 ☐ 2) Familiare Intero Nucleo Polizza 273669332 ☐ 2a) Medico e UN solo familiare - Costo annuale € 360,00 ☐ 2b) Medico e Due o più familiari - Costo annuale € 480,00

(A) - Per la validità della mia adesione mi impegno a versare la somma annuale da me dovuta di € _____ a mezzo del M.A.V. 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 1/06/2007 - 31/05/2008, con efficacia delle garanzie dall'1/06/2007 se avrò aderito entro il 31.05.2007 e pagato il relativo premio entro la data indicata sul M.A.V.)
 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 a,b, c (Istituzione della commissione paritetica. Deferimento di controversie ad un collegio medico arbitrale. Estraneità dell'Enpam da controversie tra Società e Assicurati); art. 12 (Deroga per competenza territoriale dell'Autorità Giudiziaria); art. 13.1 (Facoltà di recesso- Tacito rinnovo del contratto in mancanza di disdetta tre mesi prima della scadenza) 13.2 - (Risoluzione della copertura per il singolo aderente).

_____ (firma)

Consenso al trattamento dei dati: Con riferimento al Docr. Leg.vo n. 196 del 30.06.2003 Acconsento al trattamento dei dati personali come indicato ai punti 1a); 3b); 5a); 7) 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 ai punti 1b); 3c); 4b); 5b); 7) 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 Docr. Leg.vo n. 196 del 30.06.2003: Acconsento/Acconsentiamo al trattamento dei dati personali come indicato ai punti 1a); 3b); 5a); 7) 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 ai punti 1b); 3c); 4b); 5b); 7) 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 NONENTANO



GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.

Informativa contrattuale e commerciale

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 venirne 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.generali.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

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

B) Inoltre, 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 consortili 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.



a cura di **Andrea Meconcelli**

TOSCANA

Al Crim S. Anna di Pisa il premio "well-tech" per capsula endoscopica

Una capsula che rende indolore l'esame endoscopico del tratto gastro-intestinale. È questa l'invenzione che ha permesso ai ricercatori del laboratorio Crim (Center for Research In Micro-engineering) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa di aggiudicarsi il primo posto al "Well-tech Award 2007": premio all'innovazione che migliora la qualità della vita. Il dispositivo vincitore si chiama Emiloc ed è una capsula robotica ingeribile, che può diagnosticare precocemente patologie gastrointestinali a livello premaligno. Grazie alle otto "zampe" di cui è dotata e al sistema di controllo manovrabile dal medico, Emiloc può muoversi attivamente e in modo indolore lungo l'intero tratto intestinale. Munita di telecamera e sistema di illuminazione autonomo, la capsula consente inoltre l'acquisizione di immagini endoscopiche di qualità comparabile a quella dei colonscopi attualmente disponibili sul mercato.

Con queste nuove capsule il medico avrà la possibilità di direzionare la telecamera in modo attivo e controllato, visualizzando l'eventuale presenza di zone sospette di neoplasia e, se necessario, intervenire localmente. Operazioni, queste, del tutto indolori, a differenza invece delle colonoscopie, dolorose e traumatiche.



EMILIA ROMAGNA

Medicina: primo impianto valvola polmonare con catetere

È stato eseguito all'ospedale S. Orsola di Bologna, per la prima volta in Italia, il primo impianto di una valvola cardiaca polmonare tramite catetere, su una ragazza di 15 anni portatrice di una cardiopatia congenita complessa, già sottoposta a due interventi cardiocirurgici. Lo ha reso noto l'azienda ospedaliera S. Orsola-Malpighi, precisando che questa valvola rappresenta "una valida alternativa non chirurgica in grado di ridurre il numero di interventi chirurgici a cuore aperto a cui tali pazienti si debbono sottoporre nel corso della vita". Finora



questo tipo di malformazioni richiedeva un intervento chirurgico a cuore aperto in giovane età e successivamente si rendevano necessari uno o più nuovi interventi cardiocirurgici. L'impianto è stato compiuto con successo dall'equipe di cardiologia pediatrica diretta dal prof. Ferdinando Maria Picchio e da quella di cardiocirurgia pediatrica diretta dal prof. Gaetano Gargiulo. L'azienda ospedaliera rileva inoltre che "la valvola Melody e il sistema Ensemble, progettati e realizzati da Medtronic", azienda leader nel settore delle tecnologie medicali, sono una "importante innovazione messa a punto con il contributo del professor Philipp Bonhoeffer, direttore del Laboratorio di Emodinamica dell'ospedale pediatrico Great Ormond Street Hospital di Londra. Pioniere nella tecnologia valvolare transcateretere, Bonhoeffer ha impiantato la prima valvola transcateretere al mondo nel settembre del 2000. Ad oggi, la valvola Melody è stata impiantata in più di 150 pazienti nel mondo".

SICILIA

Palermo, al via servizio assistenza a malati oncologici

Ha preso il via a Palermo il servizio di assistenza per pazienti oncologici anziani non terminali. Un'iniziativa promossa dalla Società italiana di psichiatria di Palermo, con il sostegno dell'assessorato provinciale alle Politiche sociali.

"Un servizio - sottolinea l'assessore Giovanni Mamma - che rientra nel piano varato dalla nostra amministrazione per gli anziani, e che punta a garantire un'adeguata qualità di vita al paziente e ai suoi familiari". Il servizio, che durerà sei mesi, ha come destinatari 20 pazienti: 10 usufruiranno dell'assistenza domiciliare, mentre gli altri 10 saranno seguiti in regime di day hospital. Il servizio domiciliare si svolgerà il lunedì, per tre ore, al domicilio dei pazienti, mentre l'attività ambulatoriale è in programma il giovedì sempre per tre ore presso il day hospital della cattedra di Oncologia medica del Policlinico Paolo Giaccone. Sono impegnati nel progetto un medico di area oncologica per monitorare le chemioterapia, un medico psichiatra volontario per il trattamento farmacologico della depressione e dell'ansia, due psicologi clinici per i colloqui clinici e il supporto psicologico, uno psicologo rilevatore per la somministrazione dei test e un data manager per l'elaborazione dei dati. •



Firenze



Fuoco amico

Molti morti in guerra non sono colpiti dalle armi nemiche ma da quelle, imprecise e malusate, di chi combatte dalla stessa parte; è il cosiddetto “fuoco amico”. La guerra rappresenta forse il culmine della stupidità umana; non c'è quindi da aspettarsi di meglio. Ma i medici costituiscono un'antica e venerabile categoria professionale, legata da un patto deontologico di collegialità che, visto dall'esterno, quasi rasenta l'omertà. I medici, da un lato, imparano a segnalare gli errori, propri e altrui, per imparare da questi a migliorare la qualità delle cure, dall'altro si esercitano, da qualche tempo, in una diversa interpretazione della collegialità. Di fronte a un palese o preteso sopruso da cui nasca avversione tra colleghi o si crei un clima invivibile, i rimedi sono previsti: la segnalazione alle Autorità sanitarie, all'Ordine, alla Magistratura. Invece qualcuno preferisce segnalare il fatto alla stampa o alla televisione per creare uno scandalo pubblico. Peggio, vi è chi a tale scopo utilizza amicizie politiche (sempre pronte a utilizzare litigi tra comari per ripristinare la democrazia). Di recente sono accaduti alcuni episodi emblematici: denunce pubbliche di faide private e coinvolgimento di politici in lotte personali. Col risultato di ampliare la denuncia a denigrazione di tutto il sistema, di coinvolgere l'intera struttura sanitaria in un bagno di giornalismo spazzatura, oppure di perdere conquiste della professione in una sorta di “muoia Sansone con tutti i Filistei”. Insomma, danni da fuoco amico, più deleteri delle denunce dei pazienti. Niente provoca conseguenze peggiori che la diceria pubblica, di cui non si può prevedere il seguito che è tutto in mano agli interessi del giornalista o del politico. Bisogna ristabilire la deontologia? Meglio, bisognerebbe aumentare il tasso di buon senso e di intelligenza. Un programma troppo vasto.

Forlì Cesena

Corsi di spagnolo e inglese

L'Ordine sta organizzando una nuova serie di corsi di lingua straniera, particolarmente graditi nelle passate stagioni. Si invitano pertanto tutti i colleghi interessati a prendere contatti con la segreteria per modalità di iscrizione e partecipazione.

Rovigo

Inpdap – Disposizioni perequazione automatica

Con la nota operativa numero 72 del 22 dicembre 2006 l'Inpdap ha disposizioni per l'aggiornamento annuale delle pensioni e passa in esame le novità previste dalla manovra finanziaria 2007 che riguardano soprattutto l'imposizione fiscale: le nuove aliquote d'imposta, la revisione degli scaglioni di reddito, l'abolizione della no-tax



area e della no-tax family, l'introduzione delle detrazioni d'imposta differenziata a seconda del tipo di redditi posseduti e delle detrazioni per carichi di famiglia, l'abolizione della clausola di salvaguardia, le finestre valide per il 2007 per l'accesso alla pensione.

Cremona



Erogazione cure termali

Sulla Gazzetta Ufficiale - serie generale n. 27 del 2.02.2007 - è pubblicato il decreto del ministero della Salute del 14 dicembre 2006 sulla “Ulteriore proroga dei termini previsti dal decreto ministeriale 22 marzo 2001 di individuazione delle patologie, per il cui trattamento è assicurata, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 24 ottobre 2000 n. 323, l'erogazione delle cure termali a carico del Servizio Sanitario Nazionale”.

Alessandria

Detrazione per spese di alimenti e bevande ai congressi

I commi 304 e 305 della L. 269/2006 (Finanziaria 2007) – apportando alcune modifiche al comma 1, lettera e), dell'articolo 19-bis 1 del DPR n. 633/1972 – stabiliscono la detrazione dell'Iva sulle spese di somministrazione di alimenti e bevande inerenti la partecipazione a con-

vegni e congressi formativi, sostenute nei giorni di svolgimento degli stessi. Per l'anno 2007 la detrazione dell'Iva (che deve essere riscontrabile da apposita fattura della spesa e da attestazione di partecipazione all'evento) sarà limitata al 50% del suo ammontare mentre dal 1° gennaio 2008 sarà detraibile nella misura intera del 100%.

Novara

Allarme congressi



Federcongressi lancia l'allarme sugli eventi legati al settore medico-scientifico: i posti di lavoro persi sono già 5 mila. Dallo scorso ottobre, si registrano gravi perdite a livello occupazionale, a causa della situazione di stallo provocata dalla normativa sulla formazione continua in medicina e dal blocco delle sponsorizzazioni congressuali in vigore dal 1° gennaio adottato dalle associazioni industriali del mondo del farmaco (Farmindustria e Assobiomedica) come risposta alla Finanziaria e al taglio del prezzo dei farmaci. Nel primo trimestre, l'82% delle aziende perderà fino a un massimo di cinque congressi medico-scientifici con oltre 100 parteci-

panti; l'86% fino a un massimo di dieci corsi di aggiornamento accreditati Ecm; il 71% delle aziende stima un calo del fatturato a un quarto del suo valore annuo; l'86% delle aziende sarà costretta a rinunciare, in media, a un massimo di quattro collaboratori; nel 40% dei casi i tagli colpiranno soprattutto la fascia di lavoratori a tempo determinato.

Pesaro Urbino

La Spagna cerca medici

Arriva dalla regione spagnola della Murcia la richiesta di personale medico per i propri centri ospedalieri, nell'ambito del progetto Eures. Il contratto offerto avrà la durata minima di un anno. Sono richieste la conoscenza della lingua spagnola, il possesso della laurea in medicina e chirurgia, il diploma di titolo specialistico conseguito presso un Paese dell'Unione Europea, la nazionalità della U.E. Gli interessati dovranno inviare una lettera di presentazione e curriculum al Consigliere Eures responsabile dell'offerta al seguente indirizzo di posta elettronica: mteresa.prieto@carm.es o al fax n. 0034.968357399.



Perugia

Sospensione sulla cannabis

Il Tar del Lazio ha sospeso il decreto ministeriale emanato dalla Turco nel novembre scorso che raddoppiava la soglia massima di marijuana detenibile per uso personale da 500 a 1000 mg. Ma mentre il Ministro non intende fare marcia indietro e minaccia di presentare ricorso al Consiglio di Stato, la rivista "The Lancet" – e sulla sua scia il quotidiano britannico "The Independent" – argomentano che la marijuana, nell'attuale versione amplificata, sta causando una ecatombe di casi di psicosi, paranoia anche violenta e schizofrenia.

E va anche tenuto conto che per i polmoni "tre canne" di marijuana corrispondono a venti sigarette normali. A giudicare dai fatti sembra che Livia Turco ignori questi recenti aspetti scientifici della marijuana.

Modena

Diabete e sanità

Il presidente D'Autilia, rispondendo alla richiesta della Associazione diabetici di Modena che aveva focalizzato alcuni aspetti dell'assistenza sanitaria ai cittadini diabetici, ha promosso un'iniziativa di confronto tra i vari attori del pianeta diabete. Azienda USL, Medici di medicina generale, rappresentanti dei pazienti, si sono incontrati presso la sede dell'Ordine per un primo momento di analisi delle problematiche in campo, non disgiunta dalla evidenziazione di alcune criticità, sia organizzative, sia formative. Al termine di un confronto aperto e vivace si è formalizzato un percorso che vede in prima istanza la promozione di una iniziativa pubblica da svolgersi a Vignola in primavera, aperta a tutti i cittadini, con l'obiettivo di sensibilizzarli sulla prevenzione del diabete e delle sue complicanze. In un secondo momento saranno programmate serate di approfondimento dei diversi aspetti più propriamente specialistici (oculistici, nefrologici, cardiaci), sempre correlati alla patologia diabetica. Da registrare la grande soddisfazione dei rappresentanti dei diabetici modenesi che hanno plaudito alla iniziativa dell'Ordine dei medici, ringraziando per aver svolto il ruolo di coordinatore delle differenti figure mediche coinvolte nell'assistenza a questo peculiare e complesso paziente.

Il dottor Francesco Geraci



La tenacia e la voglia di continuare a lottare per la professione non gli mancano, d'altronde non sarebbe da 50 anni alla guida dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri della città di Agrigento. È il decano della sua categoria e quello che più risalta all'occhio nell'incontrarlo è la voglia che trasmette di battersi per un futuro migliore. Originario di Aragona, il dottor Francesco Geraci ha conseguito la propria laurea in medicina nell'università di Torino all'inizio degli anni Cinquanta. Crede moltissimo nei valori della vita a scapito degli interessi personali che "purtroppo animano il mondo." Per il dottor Geraci (Ciccio come lo chiamano affettuosamente i colleghi) quello che conta veramente è il rapporto che s'instaura col paziente e la capacità di ascoltarlo fino in fondo, per capirne le doti umane al di là dei comuni sintomi che si riscontrano in una normale visita. Per lui il medico deve essere prima uno psicologo e poi un terapeuta. Geraci è componente del Comitato festeggiamenti per i 70 anni dell'Enpam.

Un Saggio della medicina

di Enzo Gallo

La passione per questo lavoro l'ha sempre animata, ma cosa realmente l'ha portata a scegliere la strada della Medicina?

Quando nella vita si fanno delle scelte importanti, bisogna sentirsele dentro! Questo è quello che è avvenuto nel mio caso. La mia è stata una scelta di carattere umanitario, perché sono realmente convinto che la medicina sia uno strumento per dare aiuto agli altri e soprattutto sottotraccia senza eclatanti gesti. Ma adesso i tempi sono cambiati...

Cosa intende dire?

Intendo dire che ai giorni nostri non si ha più un rapporto stretto e soprattutto umano col paziente. Adesso si pratica sempre di più la cosiddetta "medicina del silenzio". Negli ambulatori il posto dei medici lo hanno preso i computer, la tecnologia, le macchine. Non si parla più col malato, non si visita più e non si dà calore umano al paziente che invece viene dal medico principalmente per essere rassicurato.

Parliamo della sua professione di medico di base, una figura che ormai va spegnersi...

Molti anni fa il medico

condotto era l'unico professionista che ti risolveva i problemi. Adesso con le specializzazioni tutto è cambiato, in molti casi in meglio ma anche in peggio. Però c'è da dire che, in contrasto con le previsioni pessimiste, i medici di base vengono incontro alle esigenze dei loro assistiti nella stragrande maggioranza delle volte. Ciononostante, sarebbe comunque utile addestrare i medici di base a comprendere meglio ancora le esigenze dei pazienti, a discuterne con la maggiore chiarezza possibile, adottando la strategia comunicativa più efficace nello spiegare le proprie ragioni soprattutto quando non è possibile venire incontro alle richieste dell'assistito.

Sui giovani e sui problemi che affliggono la nuova società Lei, che è un decano della medicina, cosa ne pensa?

È sicuramente un tema molto importante e a volte sottovalutato. Il disagio giovanile affonda le sue radici non solo in ambito sociale e psicologico, ma può comprendere aspetti di patologia mentale. Si è parlato delle prime avvisaglie di una malattia depressiva ma si è poco messo in evidenza il fenomeno dell'ansia cronica, tipica della gioventù. L'ansia cronica è una

sindrome che si comincia a intravedere in età infantile, con la sensazione o il timore che possa accadere qualcosa di brutto ai familiari, con apprensione per i compiti quotidiani, con insonnia e fenomeni come cefalea o disturbi neurovegetativi. Tale situazione di tensione non lascia tregua e può portare a usare degli ansiolitici, (talvolta utilizzati dai genitori), ma soprattutto a cercare nell'alcol, nelle sigarette o nell'uso della cannabis e derivati, momenti di tregua.

Per concludere. Lei è sempre stato un combattente, ha difeso i suoi valori e ha cercato di difendere una classe medica che invece oggi sta perdendo "potere". Quali consigli si sente di dare alla nuova classe medica?

Nella mia lunga carriera di presidente, ho assistito ad un'involuzione del ruolo del medico. Purtroppo al giorno d'oggi l'aziendalizzazione, lo strapotere dei manager e la burocrazia, tolgono spazio e capacità di parola ai medici. Negli ultimi anni l'intera classe è spaventata dal rischio-processi, non vivendo in modo sereno. Si sono persi i valori e l'umanità di rapporto con i pazienti. Il consiglio che posso dare è quello di battersi per riappropriarsi della propria identità. Ai nostri tempi lo abbiamo fatto con successo, ma oggi credo che non ce ne sia più voglia e soprattutto non c'è più l'identità del professionista. •

Oltre cinquemila anni di Storia della Medicina costituiscono un avvincente interminabile film affollato di personaggi, di cure, di scoperte, di teorie, di eventi, che si snoda vivo sotto la sapiente regia del tempo, e nel quale il pensiero dell'Uomo si conferma ad ogni "fotogramma" il vero eroe-protagonista. Il passato non può essere vissuto in modo acritico, come qualcosa di passivo, quasi - diceva un grande storico - "come una prigioniera da cui fuggire", ma qualcosa di imprescindibile per poter meglio comprendere la realtà di oggi.

La conoscenza e l'appro-

Medicina nella storia dagli albori a oggi

L'opera di Luciano Sterpellone corrisponde a un libro di circa 800 pagine ed è corredata da oltre 500 immagini. Le epoche, le tematiche, i grandi medici (oltre 200), i Nobel dal 1901 a oggi, le date, i quiz di autovalutazione

fondimento di questa millenaria avventura - essenziali per ogni medico e persona di cultura, e sinora consentiti solo dalla consultazione di ponderosi volumi - sono resi oggi più agevoli e funzionali dai progressi dell'informatica, in virtù della quale è possibile accedere in tempo reale a un numero infinito

di notizie e dati sull' "Ars Medica" dalle più antiche Civiltà alle più recenti acquisizioni.

Dal testo - redatto dal nostro illustre collaboratore Luciano Sterpellone - ogni singolo protagonista, ogni invenzione o scoperta, ciascun progresso tecnico risaltano in tal modo ancora più vivi come pietre mi-



liari sulla lunga strada che porta dalla Medicina dei nostri più remoti progenitori alla Medicina del domani.

Antonio Delfino Editore
Via Udine 30, 00161 Roma, tel. 06 4403762
fax 06 440231327
e-mail: commerciale@antoniodelfinoeditore.com



È uscito in libreria un volume intitolato "La responsabilità penale del medico", ed. Giuffrè, Milano, 2007. Gli autori, Salvatore Aleo, professore ordinario di diritto penale nella Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Catania, Alessandro Centonze, giudice del Tribunale di Catania, ed Enrico Lanza, ricercatore di diritto penale nella Facoltà di Scienze Politi-

Responsabilità penale del medico

che dell'Università di Catania, hanno affrontato la problematica della responsabilità colposa del medico per l'errore diagnostico o terapeutico cui segue l'evento infausto, la morte o il peggioramento delle condizioni di salute del paziente.

Nella prima parte, curata da Salvatore Aleo, vengono analizzate le teorie tradizionali della causalità, l'imputazione oggettiva dell'evento e i contributi che l'analisi funzionalistica può dare per la definizione della responsabilità del medico e la rappresentazione, nonché soluzione, dei problemi che vi sono connessi.

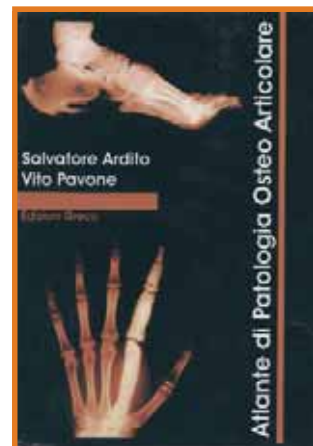
La responsabilità equivale in generale alla distribuzio-

ne sociale dei rischi delle attività. E i rischi dell'attività medico-chirurgica non possono essere attribuiti puramente e semplicemente ai medici, che hanno la peculiarità sociale di svolgere un'attività, (essa) rischiosa, di tutela della salute.

Nella seconda parte, curata da Enrico Lanza, viene analizzata la giurisprudenza in materia di responsabilità omissiva colposa del medico soprattutto della Corte di Cassazione.

Nella terza parte, curata da Alessandro Centonze, viene affrontato il problema dell'accertamento giudiziale della responsabilità penale nell'esercizio della professione medico-chirurgica. Si

è inoltre fatto peculiare riferimento alla rilevanza del consenso del paziente all'intervento terapeutico sul giudizio di responsabilità penale del sanitario. •



"Atlante di patologia osteo articolare"
Salvatore Ardito,
Vito Pavone

Edizioni Greco, Catania
tel. 095 371285

Vita da infermieri

Due punti di vista: quello di Annalisa Silvestro, presidente dei Collegi Ipasvi, e di Vania Sanna, infermiera professionale. I contenuti del documento programmatico relativo alle politiche della professione infermieristica. Le richieste dell'Ipasvi



di Marco Vestri

La figura dell'infermiere sta assumendo un'importanza sempre più rilevante. Gli Istituti sanitari moderni, dovranno, infatti, soddisfare, all'interno delle loro strutture, ogni tipo di specializzazione medica con personale infermieristico capace e formato in maniera adeguata. L'infermiere, oggi, è laureato e specializzato.

La "Prima Conferenza nazionale sulle politiche della professione infermieristica", che si è tenuta a Roma dal 14 al 16 marzo, si inserisce proprio in un contesto del

genere. La "miccia l'ha accesa" la dottoressa Annalisa Silvestro, presidente dei Collegi Ipasvi (Federazione nazionale collegi infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia) che, intervenendo alla Conferenza, ha dichiarato: "Abbiamo bisogno di infer-

mieri preparati che abbiano un confronto positivo con gli altri professionisti della Sanità. Vogliamo avere un posto accanto alle altre figure del Servizio sanitario e non essere in subordine". Durante il Convegno è stato anche varato un nuovo Documento programmatico relativo alle po-

litiche della professione infermieristica.

L'argomento in questione merita, dunque, di essere ulteriormente approfondito. Ne parliamo, allora, proprio con la dottoressa Silvestro nella sede dell'Ipasvi a Roma.

Presidente, quanti infer-

Un obiettivo futuro è valorizzare le risorse umane

mieri ci sono, attualmente, in Italia?

Oltre 340mila.

Quanti ne servirebbero?

Molti di più, ovvero mancano circa 40-50mila unità. Questo numero si ricava dalle stime dell'Ocse. In Italia rispetto agli altri Paesi dell'Ue, mancano molti infermieri e la carenza si sente ancora di più anche perché il numero degli anziani è maggiore. In un quadro demografico che presenta una popolazione sempre più anziana è necessario infatti che vi siano più infermieri in grado, ad esempio, di fronteggiare e risolvere l'annoso problema dell'assistenza domiciliare.

Le possibilità di carriera di un infermiere?

C'è una laurea di base più una progressione di carriera orizzontale attraverso i master nella clinica e verticale attraverso la laurea magistrale e il dottorato di ricerca. In tre anni si accede alla professione.

I rapporti con i medici?

Tendenzialmente buoni e di

Documento programmatico relativo alle politiche della professione infermieristica

L'Ipasvi chiede che:

- l'infermiere non sia costantemente costretto in modelli organizzativi che premiano la ripetitività delle attività, il lavoro per compiti, la limitazione nelle proprie possibilità decisionali e nella definizione dei percorsi di assistenza;
- il ruolo di coordinamento di dirigenza non venga più utilizzato nella logica del trovare

soluzioni a contenimenti e razionamenti, ma nell'impegno a individuare soluzioni innovative che possano mantenere buoni livelli assistenziali, pur nella limitatezza delle risorse fornite;

- si trovi la disponibilità aziendale ad un recepimento fruttuoso delle ridefinite responsabilità dell'Infermiere ed una reale volontà di mettere in gioco le sue nuove competenze

specialistiche o gestionali acquisite con ulteriori percorsi universitari;

- si aumenti il numero degli studenti infermieri, si ridefiniscano i percorsi formativi, si dia una risposta formativamente efficace alle richieste di sperimentare nuove modalità di insegnamento e si definisca in modo appropriato e coerente il ruolo degli infermieri in possesso di laurea magistrale.

collaborazione reciproca. Le competenze del medico sono prevalentemente orientate alla diagnosi e alla terapia. Le competenze dell'infermiere sono prevalentemente orientate alla messa in operatività dei percorsi diagnostici e terapeutici e alla autonoma pianificazione ed effettuazione di quanto necessario per dare risposta a tutti i bisogni a valenza sanitaria delle persone assistite sia in ambito ospedaliero che territoriale. Ognuno, quindi, ha un suo preciso e distinto percorso formativo e professionale.

Obiettivi futuri dell'Ipasvi? Valorizzare la risorsa infermieri e il contributo che l'assistenza infermieristica può dare all'intero sistema salute sia nell'area della prevenzione che della cura e dell'assistenza che nell'area relazionale ed educativa. Adoperarsi affinché si comprenda che comprimere gli organici infermieristici non produce efficienza e rischia di produrre danni agli assistiti e quindi al sistema. Proporre e far sperimentare nuove modalità di organizzazione dei servizi sanitari sia intra che extraospedalieri anche per contribuire a rendere l'offerta sanitaria sempre più equa, appropriata, pertinente e verificabile. In sintesi l'Ipasvi vuole e si impegna per rendere sempre più tangibile il contributo che i 340mila infermieri - professionisti dell'assistenza - possono dare e già danno ai singoli cittadini e all'intera collettività nazionale. •

Passione, studio e responsabilità

Nome: Vania Sanna. Età: 36 anni. Infermiera ostetrica con diploma di ostetrica e "Laurea di primo livello" in ostetricia all'Università Tor Vergata. Vania Sanna, dopo aver vinto il Concorso pubblico, lavora, dal 1994, in sala parto all'ospedale San Giovanni di Roma. Consigli ai giovani

Perché si sceglie di intraprendere una professione difficile e, allo stesso tempo, affascinante come questa?

Era il mio sogno da bambina. La passione innanzitutto. Molto studio, molte difficoltà, molte responsabilità si affrontano solamente se a sorreggerle c'è la vera passione, l'amore sincero per il proprio lavoro. E, poi, aiutare ed assistere alla nascita di una vita è impagabile. In una volta sola aiuti ed hai la responsabilità di due persone: la mamma ed il bambino.

Quale è il rapporto con i medici?

Ottimo, professionale, di rispetto assoluto. Personalmente lavoro da 12 anni in questo ospedale a stretto contatto con i medici e, la collaborazione, è stata totale e ispirata da fiducia reciproca. Lo stesso discorso vale per il rapporto con i colleghi.

L'ambiente di lavoro è piacevole?

Sì, siamo una bella squadra in cui ognuno ha un

compito ben preciso e definito. Si lavora molto ma sempre con il giusto entusiasmo e non manca neanche la voglia di sorridere con qualche "battuta". Certo, come tutte le squadre che si rispettino, spesso capita che si discuta e ci si confronti, sempre in buona fede, però.

Avete molte responsabilità?

Absolutamente sì. Proprio per questo, noi ostetriche, siamo obbligate a pagarci un'assicurazione professionale che ci tuteli e che ci protegga da eventuali denunce per risarcimento danni. In caso di procedimenti penali le spese legali si pagano comunque e, una volta dimostrata l'innocenza, l'Azienda ospedaliera ci risarcisce solo in parte. Responsabilità, quindi, molte anche se la paga... Insomma, ribadisco, in questo mestiere alla base ci deve essere solo e soltanto la passione. Solo così si superano la fatica e le difficoltà della professione.

Che turni di lavoro avete? I turni sono ripartiti in

Il rapporto con i medici è professionale e di rispetto assoluto

mattina, pomeriggio e notte e due giorni di riposo. Sono, quindi, faticosi e spesso, se capita qualche emergenza, non c'è neanche il tempo di mangiare un panino. Purtroppo, questo è dovuto anche ad una carenza di personale che, molte volte, comporta doppi turni e lavoro extra.

Sindacalmente, quale è la situazione della vostra categoria?

Il nostro contratto di lavoro è quello degli infermieri che però, a mio parere, non è adeguato a quelle che sono le reali esigenze delle ostetriche di ruolo. Per le ostetriche non esistono, ad esempio, avanzamenti professionali. Personalmente sono iscritta ad un sindacato, pur lamentando la mancanza di figure sindacali propriamente ostetriche, in grado, cioè di capire le vere ed effettive necessità della nostra categoria professionale.

Consigliaresti questo lavoro ad un giovane?

Sì, a patto però che non abbia paura di affrontare studio e fatica. Le soddisfazioni verranno, poi, di conseguenza. Vivere la nascita di una vita, in diretta, è una gioia troppo grande. •

M. Ves.

PIERO DELLA FRANCESCA E LE CORTI ITALIANE

AREZZO

fino al 22 luglio 2007

Esposte oltre cento opere straordinarie dell'artista, uno dei più grandi del Quattrocento, un maestro che ha avuto un ruolo preminente nello sviluppo della pittura italiana.

Museo statale d'arte medioevale e moderna
telefono: 0575 1840000

GLI IMPRESSIONISTI, I SIMBOLISTI E LE AVANGUARDIE COMO

fino al 15 luglio 2007

Selezione di centoventiquattro opere tra dipinti, disegni e stampe provenienti dalla collezione di arte europea del Museo Nazionale di Belgrado.

Villa Olmo
telefono: 031 571979

PAUL CÈZANNE FIRENZE

fino al 29 luglio 2007

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

Palazzo Strozzi
telefono: 055 2776461
www.firenzemostre.com

LUCA CAMBIASO. UN MAESTRO DEL CINQUECENTO EUROPEO

GENOVA

fino all'8 luglio 2007

In occasione del centenario della morte, questa mostra

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

ha il merito di riportare l'attenzione del grande pubblico su questo artista, senza dubbio il pittore ligure più noto del tardo Cinquecento europeo.

Palazzo Ducale
telefono: 010-5574000
www.palazzoducale.genova.it

MIRAVIGLIOSAMENTE MIRÒ

GRADARA (PS)

fino al 4 novembre 2007

Prestigiosa esposizione con una selezione di oltre cento opere tra litografie, acquaforti e acquetinte.

Palazzo Rubini Vesin
telefono: 0541 964673
www.gradarainnova.com

CODICE MINERARIO MASSA MARITTIMA (GR)

fino al 30 settembre 2007

Esposto uno dei più antichi codici minerari della storia, la preziosa pergamena redatta nel XIII secolo.

Museo di Arte sacra
telefono: 056 6901954
www.massamarittima musei.it

VERMEER. LA RAGAZZA ALLA SPINETTA E I PITTORI DI DELFT MODENA

fino al 15 luglio 2007

La mostra raccoglie un numero limitato di opere ed in particolare espone per la prima volta in Italia il capolavoro *La ragazza alla spinetta* prestito della National Gallery di Londra.

Foro Boario
telefono: 199 199 111
www.vermeerm Modena.it

AMBRE. TRASPARENZE DALL'ANTICO NAPOLI

fino al 10 settembre 2007

Presenti circa mille oggetti datati tra l'età del Bronzo e l'Alto Medioevo: gioielli, statuine, suppellettili provenienti dalle varie zone del territorio italiano.

MANN – Museo Archeologico Nazionale
telefono: 081 440166

FELICE CASORATI (1883-1963). DIPINGERE IL SILENZIO RAVENNA

fino al 15 luglio 2007

Omaggio al grande pittore attraverso la selezione di un centinaio di opere che spaziano dagli esordi agli anni sessanta del XX secolo.

MAR – Museo d'Arte della Città
telefono: 0544 482760
www.museocitta.ra.it

MARC CHAGALL ROMA

fino al 1° luglio 2007

Esposte circa centocinquanta opere dell'artista russo, tra dipinti, gouaches, disegni, sculture e incisioni che ripercorrono l'intero itinerario della vita e dell'opera del grande maestro russo.

Complesso del Vittoriano
telefono: 06 6780664

I PROFUMI DI AFRODITE E IL SEGRETO DELL'OLIO. SCOPERTE ARCHEOLOGICHE A CIPRO ROMA

fino al 2 settembre 2007

Più di cento reperti archeologici e quattro essenze preistoriche per raccontare la storia della più antica fabbrica di profumi del Mediterraneo.

Musei Capitolini
telefono: 06 39967800
www.museicapitolini.org



Verena D'Alessandro, "Cielo suburbano", olio su tela (2006)

Into Me, Out of Me

il corpo si fa arte

Mostra curata da Klaus Biesenbach, "Into Me, Out of Me" presenta opere di Abramovic, Acconci, Manzoni, Hirst, Muniz, Warhol, che vanno dagli anni sessanta ad oggi. La rassegna è ospitata nel complesso architettonico dell'ex Mattatoio di Roma



Patty Chang/MACRO - In Love - 2001 - 2-channel video, color - Running time: 3 min. 28 sec

di Serena Bianchini

Inaugurata il 21 Aprile, una data cara alla città di Roma, la mostra **Into Me/ Out of Me** riunisce centoventi artisti internazionali che dominano l'arte contemporanea con opere che approfondiscono in linguaggi profondi, trasgressivi e spesso cruenti il tema del corpo.

La mostra è stata già presentata al Kunst Werke di Berlino e al PS1 di New York e ora è la volta di Roma, avviando così un'importante collaborazione tra tre luoghi che in questi anni si sono distinti per la sperimentazione artistica.

Fotografia, pittura, scultura, video e installazioni sono stati i mezzi che hanno permesso agli artisti di inda-

gare e studiare perfino scientificamente la fisicità e conseguentemente la fragilità del corpo umano e i modi con cui l'uomo interagisce con esso, suo mezzo verso l'esterno ma anche suo limite, fragilità che si esemplifica con la relazione primordiale con se stessi tramite ciò che esce e entra dal corpo, l'interno e l'esterno, e quindi il metabolismo, riproduzione, violenza.

Ci si trova davanti ad opere che rielaborano gesti quotidiani ovvi, come la quotidianità dell'alimentarsi e delle funzioni corporali, con cenni sulla bulimia e anoressia, continuando con il tema della sessualità e della riproduzione; infine uno sguardo sulla materia corporea fatta di carne e sangue con le sue

imperfezioni e le sue possibili lacerazioni e deterioramenti fino alla morte, e allora si sfiora il tema della violenza che porta alla distruzione di questo involucro che ci contiene. È un contemporaneo studio di comportamenti del corpo umano che in ogni epoca ha incuriosito l'uomo e che nella storia dell'arte ha sempre dato grande centralità.

Into Me/Out of Me curata da Klaus Biesenbach presenta opere di Abramovic, Acconci, Manzoni, Hirst, Muniz, Warhol, che vanno dagli anni sessanta ad oggi ed è ospitata dallo straordinario complesso architettonico dell'ex Mattatoio di Roma realizzato verso la fine dell'Ottocento su progetto di Gioacchino Ersoch, allie-

vo del Valadier, e da aprile il Macro Museo d'Arte Contemporanea ne ha inaugurato il secondo padiglione ristrutturato, rinominandolo Macro Future, in nome dell'arte che vi verrà prodotta, tesa al futuro. La struttura di cortine in laterizio ha tutt'ora all'interno travi di ferro e ghisa integrate con una fitta trama di binari e argani per il movimento delle carni. Un luogo suggestivo e appropriato per immaginare e realizzare progetti artistici.

Per il suo equilibrio tra monumentalità e razionalità industriale il Mattatoio di Testaccio ha avuto l'impianto più avanzato d'Europa per molti anni. In disuso dal 1975 e dal 1988 tutelato dalla Sovrintendenza per i Beni Architettonici e Ambientali di Roma, è stato destinato dal Comune di Roma a divenire centro della cultura e il suo obiettivo è sviluppare le attività artistiche in tutte le loro forme, puntando sulla fruizione, ricerca e sperimentazione. Con la sua superficie di 105.000 mq questo complesso ospiterà una grande piazza su cui si affacceranno le attività di Macro nei due padiglioni principali, la facoltà di Architettura e il Dams di Roma Tre, il Centro Produzioni Multimediali, la Città dell'Altra Economia, una grande libreria delle arti, l'Accademia di Belle Arti e l'Accademia Nazionale di Danza, Palaexpo con Zone Attive e numerose associazioni culturali. •

Educazione terapeutica del paziente in Europa

Il convegno della S.E.T.E. organizzato a giugno. Il problema dell'ETP inquadrato nell'ottica europea. In Francia il piano quinquennale del ministro della Sanità e della solidarietà in favore delle persone affette da malattie croniche

Il 2° Convegno della Società europea di educazione terapeutica del paziente (S.E.T.E.), presieduta dal Prof. Jean François d'Ivernois, sul tema "Ricerca, pratiche e controversie in educazione terapeutica del paziente" è stato organizzato il 7/8/9 giugno alla Selva di Fasano (Br) in collaborazione con il CIASU (Centro internazionale Alti Studi Universitari-Laureto-Brindisi) e con la SIFoP (Società italiana di formazione permanente), presieduta da Francesco Losurdo. In Europa l'educazione terapeutica è molto diffusa. Il primo programma di una settimana di educazione del paziente diabetico svolto nell'Ospedale Universitario di Ginevra, organizzato dal Prof. Jean Philippe Assal (padre dell'educazione terapeutica in Europa) è stato un esempio per quelli che successivamente sono stati organizzati in Svizzera e in molti altri Paesi Europei anche per altre patologie croniche: asma, diabete, malattie cardiovascolari, artrite reumatoide, mucoviscidosi, obe-

sità, insufficienza renale, autodialisi, epilessia, emofilia ed eczema. In Italia ricordiamo le attività del GISED dall'inizio degli anni '80 in campo diabetologico e della Scuola di formazione dell'Associazione medici diabetologi (AMD) che svolge con grande efficacia da molti anni un ruolo di servizio e guida professionale per i propri iscritti. Per le attività extra ospedaliere uno spazio formativo su tutte le patologie croniche è stato curato fin dal 1986 dalla SIFoP che ha recentemente costituito una Scuola di formazione per educatori terapeutici. Ricordiamo, inoltre, una serie di iniziative italiane tra cui citiamo l'esperienza di Padova sulle patologie croniche e di Atri (Te) per i bambini obesi.

In Olanda, alla fine degli anni 90, sono stati individuati in tutti i più grandi ospedali Centri di educazione terapeutica per tutte le malattie croniche. L'esempio è stato poi seguito dal Belgio. Nel Regno Unito, in Francia, nella Repubblica Federale Tedesca e in tutti i Paesi

Scandinavi, esistono oggi in tutti gli ospedali con Dipartimento di medicina interna e diabetologia programmi di ETP per pazienti diabetici. In alcune nazioni la presenza di questi programmi costituisce un criterio per l'accreditamento degli ospedali. Il Regno Unito è stato pioniere nell'istituire le "scuole dell'asma" e nel mettere in atto programmi brevi ed intensivi per i pazienti asmatici che fanno ricorso al Pronto Soccorso. La Repubblica Federale Tedesca e la Svezia hanno realizzato attività di grande portata per i pazienti diabetici di tipo 2 educati da migliaia di medici di famiglia, infermieri e dietisti formati all'ETP ed in possesso di materiale pedagogico comune. Queste esperienze hanno ispirato in Francia la nascita di programmi simili di ETP per i pazienti diabetici da parte di medici specialisti non ospedalieri o organizzati in reti assistenziali interamente dedicati all'educazione. Nella stessa direzione, sempre in Francia, si muovono i programmi di ETP

per agricoltori affetti da malattie cardiovascolari. Questa operazione, che coinvolge ogni anno decine di migliaia di pazienti, è finanziata dalla Caisse d'Assurance Maladie degli agricoltori ed è stata programmata con l'IP-CEM il più importante Centro francese per la formazione di educatori di pazienti. Si tratta attualmente del progetto di più ampia portata che esista al mondo per i pazienti con problemi cardiaci.

Il successo più recente dell'ETP può, però, essere considerato il Piano presentato dal ministro della Sanità e della Solidarietà francese per migliorare la qualità di vita delle persone affette da malattie croniche, con l'educazione terapeutica che sarà anche remunerata al personale sanitario sia in ospedale che sul territorio. Il costo di tale Piano quinquennale, complesso e articolato, è stato stimato intorno a 726,7 milioni di euro. Il governo francese sa che l'impresa, almeno in questo caso, vale la spesa! •



Il prof. Jean François d'Ivernois



AVVISO PER I MEDICI E LE SEGRETERIE ORGANIZZATIVE

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



Congresso nazionale della Società italiana di endocrinologia

Verona, 13-16 giugno, centro congressi Veronafiere

Alcuni tra i principali argomenti del congresso sono rappresentati da casi clinici su: terapia con glucocorticoidi nel diabete mellito; ipercalcemia; tireotossicosi con bassa iodocaptazione; sindrome metabolica con disfunzione erettile. Incontro con gli esperti su: cushing/pseudo-cushing/pre-cushing; indicazioni alla chirurgia bariatrica nell'obesità; biofarmaci: implicazioni cliniche in endocrinologia; diagnosi e terapia della PCOS; terapia con ormoni tiroidei: presente e futuro. La SIE risponde: I sessione osteoporosi; II sessione gestione diagnostico-terapeutica dei tumori endocrini; III sessione carcinoma tiroideo; IV sessione testosterone per donne ed estrogeni per uomini

Informazioni: Segreteria Organizzativa

FASI srl, Via R. Venuti 73, tel. 06 97605610, fax 06 97605650, e-mail: info@fasiweb.com, sito web: www.sie2007.com

Ecm: crediti richiesti per medico chirurgo, biologo, dietista, infermiere

Scienza medica e persona: cambio di paradigma

Milano, 15 giugno, Aula Marchesi, Ospedale San Giuseppe, Via San Vittore 12

Relatori: Giuseppe R. Brera, Georges J. Maestroni, Luciano Berti

Informazioni: Segreteria Coordinamento Didattico Generale, Università Ambrosiana

tel. 02 2666880, fax 02 2361226, e-mail: form@unambro.it

Neurofibromatosi Nf1

Salerno, 22 giugno, Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri della provincia di Salerno

Via SS Martiri Salernitani 31

Comitato scientifico: prof.ssa P. Riva, dott. M. Stabile, dott.ssa G. Plaitano, dott. B. Ravera

Il corso, rivolto a genetisti, pediatri, neurologi e neurochirurghi, si propone di affrontare con un approccio multidisciplinare le problematiche relative ad una patologia genetica tra le più diffuse

Informazioni: Segreteria Organizzativa

C&S Congressi s.r.l., Via Pompeo Magno 10/B, Roma

tel. 06 45439019, e-mail: cscongressi@cscongressi.com

Ecm: accreditamento in corso

Università di Firenze

Ecografia vascolare in emergenza

4° Corso di perfezionamento universitario post-laurea

Firenze, 12 - 15 giugno, aula magna Facoltà di medicina e chirurgia Università di Firenze

Direttore: prof. Sergio Castellani

Principali argomenti trattati: tecniche diagnostiche con ultrasuoni emergenze vascolari

(ictus, trombosi venosa profonda, ischemia acuta degli arti, complicanze vascolari dei traumi)

Informazioni: ufficio corsi di perfezionamento settore post laurea, tel. 055 4598776/772

da lunedì a venerdì: 9.00-13.00; mart-giov anche 15.00-16.30

Segreteria Scientifica:

Giorgia Baldelli, Simona Falcone, tel. 055 7947814, 055 7947213

sito web: www.med.unifi.it/segreteria/didattica/perfezionamento/default.htm

22nd International Meeting

Adriatic Society of pathology

Grottammare (AP), 22-24 giugno, sala convegni Kursaal

Presidente: dott. Vladimiro Mambelli

Argomenti: il corso è rivolto principalmente ad anatomo-patologi; argomenti trattati: tumori dei tessuti molli, familiarità e suscettibilità al cancro (stomaco e tiroide), tumori della mammella, patologia "predittiva", nuove tecniche in ematopatologia, cellule staminali tumorali. Sono inoltre previste assegnazioni di borse di studio per le migliori presentazioni di giovani patologi

Informazioni: Segreteria Organizzativa

dott.ssa Marina Del Vecchio, Laboratorio di anatomia patologica, Ascoli Piceno

fax 0735 633531, e-mail: marina.delvecchio@libero.it

Ecm: evento in accreditamento



Valutazione non invasiva delle arterie coronarie con tomografia computerizzata

Roma, 7 giugno, aula convegni Case di Cura Mater Dei-Paideia, Via Vincenzo Tiberio 46

Organizzatori: prof. P. Pavone, prof. M. Fioranelli

Alcuni argomenti trattati: fisiopatologia della malattia coronarica - tecniche di base nell'acquisizione delle immagini cardiache - la placca vulnerabile: caratteristiche morfologiche utili ai fini delle decisioni cliniche - decisioni cliniche nella definizione del paziente con dolore toracico: selezione del paziente per la tc delle coronarie - la malattia steno-occlusiva aterosclerotica coronarica valutata con tc multistrato - correlazione tra angiografia coronarica e tc multistrato nella definizione delle steno-occlusioni - la caratterizzazione della placca aterosclerotica con tc multistrato - concetti attuali di chirurgia delle arterie coronarie - la valutazione della rivascolarizzazione miocardica: by-pass - stent.

Informazioni: Segreteria Organizzativa: Sig.ra Carla Petrucci, tel. 06 330945420, fax 06 330945400, e-mail: carla.petrucci@cdcpaideia.com - **Ecm:** 13 punti

Emergenze sanitarie: pandemia influenzale

Roma, 27 giugno, Camera dei Deputati, Sala del Cenacolo

Informazioni:

World Health Organization Collaborating Centre For Tourist Health And Travel Medicine
Viale Dardanelli 64, 47900 Rimini (Italy), tel. 0541 24301/53209, fax 0541 25748
e-mail: wpasini@rimini.com

Occlusione e postura in chiave kinesiologica

Palermo, 21-23 giugno, Dipartimento di scienze stomatologiche, Policlinico

Direttore del corso: prof. Domenico Caradonna

Coordinatore del corso: prof.ssa Carola Caradonna

Informazioni: tel. 091 6552207, 091 6552296, e-mail: carolacaradonna@odonto.unipa.it

Società italiana di psichiatria

Incontro nazionale dei giovani psichiatri

Napoli, 28, 29 e 30 giugno, Hotel Royal Continental

Informazioni: Duerre Congressi srl, Via degli Scipioni 220, 00192 Roma
tel. 06 36010376, 06 32628882, fax 06 32111435 - e-mail: lauramaurizi@duerrecongressi.com,
sito web: www.duerrecongressi.com

Analisi occluso-posturale

Milano, 30 giugno

Presidente: prof. Gian Marco Pedrinazzi

Informazioni: Segreteria Organizzativa: dott. Minchiotti Giuseppe, Via Timavo 7, 27029 Vigevano (PV)
tel. 0381 83492 fax 0381 79739, e-mail: dott.minchiotti@tiscali.it

Ecm: in fase di accreditamento

4° Giornata pneumologica nissena

Broncopneumopatia cronica ostruttiva

Caltanissetta, 29 giugno, sala conferenze Azienda Ospedaliera S. Elia

Direttore: dott. Giuseppe Sunseri

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott. Giuseppe Sunseri UO Pneumologia Azienda ospedaliera S. Elia

Segreteria Organizzativa: ZEROTRE Organizzazione Convegni & Eventi, Via Luisa Moncada 6, Caltanissetta
tel. e fax 0934 552538, e-mail: staff@zerotre-adv.it

Piastrine 2007

L'Aquila, 15-16 giugno, sala Michetti, Palazzo dell'Emiciclo, Via M. Iacobucci

Direttori: prof. Guglielmo Mariani, Università L'Aquila, prof. Marco Cattaneo, Università Milano

Informazioni: Segreteria Organizzativa: Di Marco Luca Maria, tel. 0862 401455, 0862 28607 e-mail: graziella_fischione@hotmail.com

Ecm: riconosciuti 5 crediti



Incontri al Fatebenefratelli

“Gli equilibri in medicina interna, la patologia dell’area critica”

Benevento, 14, 15 e 16 giugno

Informazioni: tel. 0824 771344-771329, fax 0824 47935

e-mail: sgambatof@gmail.com lucamilano@infinito.it, sito web: www.incontrifatebenefratelli.it

Segreteria Organizzativa: NICO s.r.l., Alessandra Guzzo Project Leader

tel. 06 48906436, 06 42012177, fax 06 4821566, e-mail: info@nicocongressi.it, sito web: www.nicocongressi.it

Ecm: assegnati 13 punti dalla Commissione Ministeriale

Giornate mediche dell’ospedale Nuovo Regina Margherita

Roma, 22 e 23 giugno, aula magna Villa Aurelia, Via Leone XIII 459

Direttore: dott. Vincenzo Bruzzese

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Midi 2007 s.r.l., Via Germanico 42, 00192 Roma, tel. 06 39733859, fax 06 39754837, e-mail: info@midi2007.it

Sindrome metabolica, infiammazione e trombosi Prevenzione, diagnosi e terapia delle complicanze cerebrovascolari

Bologna, 19 e 20 giugno, centro congressi Savoia Hotel Regency, Via del Pilastro 2

Informazioni: Segreteria Organizzativa Progetto Meeting, Via De’ Mattuiani 4, 40124 Bologna

tel. 051 585792, fax 051 3396122, e-mail: info@progettomeeting.it

Ecm: accreditamento in corso per medici ed infermieri

Trattamento del dolore in agopuntura

Teramo, 29-30 giugno, centro per le terapie naturali l’DO

Relatore: dott. Dante De Berardinis

Fattoria Cerreto C.da Colle Cacio Mosciano S.A.

Prenotazioni e informazioni: sig. Silvano tel. 328 7322207

Informazioni scientifiche: tel. 0861 752483, e-mail: dantedeb@advcom.it

Ecografia in emergenza-urgenza

Firenze, 6 e 7 luglio, Auditorium Protezione Civile, Via dell’Olmately 25

Responsabile scientifico del corso: dott. Vito Cianci

Obiettivo: il corso si propone di far acquisire conoscenze tecniche ed aggiornamenti in tema di ecografia su pazienti potenzialmente a rischio di vita o, comunque, di invalidità maggiore, nell’ambito della medicina di emergenza

Informazioni: tel. 011 338507, fax 011 3852750

e-mail: clienti@cgemsformazione.it, sito web: www.cgems.it/?art=39898

Ecm: l’evento è stato accreditato con 13 crediti ecm

Società europea di psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza

Integrating perspectives in child and adolescent mental health

Firenze, 25-29 agosto, Palazzo dei Congressi - Palazzo degli Affari

Presidente del congresso: prof. Ernesto Caffo

Presidenti onorari: Giovanni Bollea, Colette Chiland, Michael L. Rutter

Argomenti trattati: confronto sui principali temi di neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza tra i quali psicofarmacologia, adhd, autismo, psicoterapia, trattamento dei disturbi della depressione, suicidio, trauma, bullismo

Informazioni: Segreteria Scientifica

Università di Modena, Cattedra di Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza

Via Emilia Est 421, 41100 Modena; tel. 059 4223052; fax 059 4222275

Segreteria Organizzativa: A.S.P.I.A Associazione per lo studio in psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza

Via dei Giudei 6, 40126 Bologna

tel. 340 3631931, e-mail: cristina.uzzo@escap-net.org

Informazioni generali: www.escap-net.org

Ecm: è stata attivata la procedura per l’accreditamento del congresso e dei corsi presso il ministero della Salute al fine di ottenere i crediti per l’Educazione Continua in Medicina al livello nazionale ed europeo

28 GIUGNO 1914

Si scatena la Prima guerra mondiale per l'assassinio a Sarajevo, per mano del diciannovenne Gavrilo Princip, di Francesco Ferdinando, arciduca erede al trono austriaco, e sua moglie Sofia. I due, all'arrivo a Sarajevo, erano già fortunatamente scampati ad un altro attentato: tale Nedjelko Cabrinovic gli aveva lanciato contro una bomba.



L'arresto di Gavrilo Princip

29 GIUGNO 1933

Il pugile Jack Sharkey va al tappeto e viene battuto per KO. Il suo avversario è un certo Primo Carnera che con questa vittoria conquista il titolo mondiale dei pesi massimi.



Primo Carnera mette KO Jack Sharkey

22 GIUGNO 1941

La Germania con l'Operazione Barbarossa attacca la Russia senza dichiarazione di guerra.

Giugno e le sue storie...

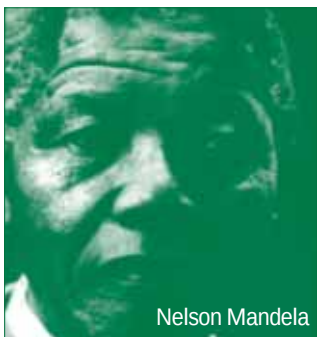
*L'uomo ragionevole si adatta al mondo;
l'irragionevole insiste nel tentar
di adattare il mondo a sé.
Quindi, ogni progresso dipende
dall'uomo irragionevole.
Shaw, Uomo e superuomo*

6 GIUGNO 1944

"Signore supremo" è la traduzione dall'inglese di "Overlord", il nome dato dalle Forze alleate all'operazione militare grazie alla quale americani, inglesi e canadesi sbarcarono in Francia sulle spiagge della Normandia. Obiettivo: sconfiggere la Germania nazista. Nell'operazione vennero impiegate 5mila navi e 14mila bombardieri. Il nome in codice della spiaggia dove sbarcarono i primi soldati della coalizione era "Utah beach".

12 GIUGNO 1964

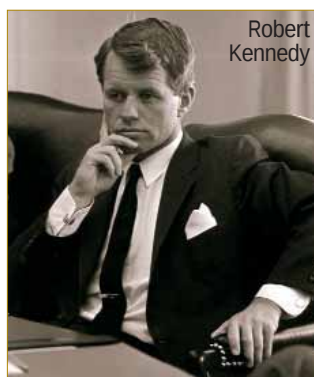
In Sudafrica Nelson Mandela viene condannato all'ergastolo.



Nelson Mandela

6 GIUGNO 1968

Robert Kennedy, candidato alla presidenza degli Stati Uniti per il partito democratico, nonché fratello di John Kennedy, viene assassinato a Los Angeles.



Robert Kennedy

21 GIUGNO 1970

I mondiali di calcio vengono vinti dal Brasile che batte in finale l'Italia per 4 a 1. In realtà, di quel mondiale diverse generazioni ricordano bene la semifinale giocata tra Italia e Germania ovest. Quella partita, giocata sino ai tempi supplementari, ven-

ne vinta 4 a 3 dall'Italia dopo una rocambolesca altalena di goal.

4 GIUGNO 1989

Tremila morti, più di 60mila feriti, arresti di massa ed esecuzioni sommarie. Questo il bilancio della repressione a Pechi-



Piazza Tien An Men

no delle manifestazioni di Piazza Tien An Men. Gli studenti rivendicavano libertà di stampa e di opinione, oltre alle dimissioni della classe dirigente che governava il Paese. Deng Xiaoping sul "Quotidiano del popolo" annunciò lo stato di emergenza e, in tutta risposta alle manifestazioni, inviò i carri armati sulla piazza, impose la legge marziale e fece arrivare 200mila soldati da ammassare nelle vicinanze di Pechino. Il 4 giugno l'epilogo: i soldati fecero fuoco sui dimostranti. Rimase famosa l'immagine, trasmessa in tutto il mondo, dello studente che sulla piazza bloccò il transito alla colonna dei carri armati.

9 GIUGNO 1991

La maggioranza degli italiani votano "Sì" al referendum per l'abrogazione delle preferenze sulle schede elettorali.

a cura di Maria Rita Montebelli

I batteri delle carie sono evoluti insieme all'uomo

Lo *Streptococcus mutans*, un batterio associato alle carie dentali, è evoluto di pari passo al suo ospite umano. A dimostrarlo è uno studio presentato a New Orleans all'85° Congresso dell'*International Association for Dental Research* (IADR 2007) e pubblicato su *Journal of Bacteriology* a firma di Page Caufield professore di cardiologia presso la New York University College of Dentistry. La ricerca dell'evoluzione di questo batterio ha consentito, in un viaggio a ritroso di millenni, di risalire ad una singola comune antenata vissuta in Africa 100-200.000 anni fa, la cosiddetta 'ancestral Eve'. Lo *S. mutans* viene trasmesso di madre in figlio e compare nella bocca dei bambini intorno ai due anni d'età. "Seguire l'evoluzione di questo batterio – spiega il professor Caufield – è stato relativamente facile, visto che lo *S. mutans* si riproduce semplicemente attraverso una divisione cellulare". Lo studio si è avvalso della tecnica detta di DNA *fingerprinting* applicata a 600 campioni del batterio provenienti da sei continenti nell'arco degli ultimi vent'anni. "In questo modo abbiamo potuto scoprire che man mano che gli esseri umani migravano per il mondo ed evolvevano nelle diverse razze ed etnie che conosciamo oggi, questo batterio evolveva con loro secondo un processo simultaneo detto di coevoluzione". Studiando il DNA di questi ceppi batterici i ricercatori americani hanno così ricostruito un vero e proprio albero genealogico che affonda le sue radici in Africa; il suo ramo principale si estende verso l'Asia, mentre un altro ramo che dall'Asia ritorna verso l'Europa, descrive la migrazione di un piccolo gruppo di asiatici che ha dato vita ad almeno uno dei gruppi di caucasici dei giorni nostri. •



L'azione anti-apoptotica degli estrogeni previene l'osteoporosi

Ricerche cliniche e di base hanno dimostrato che gli estrogeni sono in grado di prevenire la perdita di massa ossea e dunque di ridurre l'incidenza delle fratture. Un recente studio dell'Università di Buffalo getta nuova luce su questi meccanismi, dimostrando che l'estradiolo è in grado di inibire l'attivazione della caspasi-3 (detta anche caspasi 'esecutrice'), un enzima cruciale nell'avvio dei processi apoptotici o di morte cellulare programmata degli osteoblasti. Per determinare l'effetto dell'estradiolo sulla caspasi-3, sono stati utilizzati due campioni di osteoblasti umani, uno dei quali trattato con estradiolo per 24 ore. Entrambi i campioni sono stati esposti per 24 ore all'etoposide, un chemioterapico che promuove l'apoptosi. I risultati dell'esperimento hanno dimostrato che gli osteoblasti esposti agli estrogeni mostravano una ridotta attività della caspasi-3, che risultava al contrario aumentata nelle cellule non trattate con gli estrogeni. "Questi risultati – commenta Peter G. Bradford, professore associato di farmacologia e tossicologia presso la School of Medicine and Biomedical Sciences dell'Università di Buffalo – confermano la nostra ipotesi secondo la quale l'azione anti-osteoporotica dell'estradiolo deriverebbe almeno in parte dai suoi effetti anti-apoptotici sugli osteoblasti. Il prossimo passo consisterà nel determinare i meccanismi biochimici che mediano l'inibizione estrogeno-dipendente dell'attività della caspasi 3 a livello degli osteoblasti, per vedere se alcuni agenti farmacologici o principi nutritivi siano in grado di mimare o coadiuvare questa azione dell'estradiolo". •



Emergenza cancro

Il volontariato oncologico sta raggiungendo traguardi esaltanti: 450 associazioni costituiscono la Favo che anche quest'anno ha celebrato il 3 giugno la Giornata del malato di tumore con il nobile scopo di informare sempre meglio il pubblico sulle iniziative della Federazione.

La riabilitazione rappresenta un diritto negato?

Francesco De Lorenzo (*)

Negli ultimi 10 anni il volontariato oncologico ha sviluppato una vocazione progettuale che ha spinto oltre 450 associazioni (pari all'80% di quelle operanti e specializzate nei vari campi dell'assistenza e della cura) a creare la Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologica (www.favo.it), che ho l'onore di presiedere. Un primo risultato di questa inedita, per l'Italia, coalizione di volontari e malati è stata l'istituzione della Giornata nazionale del malato oncologico (DPCM del 19 gennaio 2006) che si celebra ogni anno nella prima domenica di giugno. La Giornata (www.controiltumore.it) rappresenta il "terzo pilastro" della lotta contro il cancro, assieme alle Giornate dedicate alla prevenzione e alla ricerca scientifica, e si

**Migliorare
la qualità
della vita
dei malati**



pone l'obiettivo di fare emergere e soddisfare i bisogni espressi e inespressi dei malati di cancro e di migliorare la qualità della loro vita in tutti gli stadi della malattia. La Giornata del 3 giugno, conclusasi a Napoli con la partecipazione del ministro della Salute, è stata l'occasione per far arrivare ad un pubblico più vasto possibile le due urgenze che attualmente impegnano la Federazione.

1) La necessità di affrontare i nuovi termini dell'"emergenza cancro". Oggi vivono tra noi 1 milione e 700mila persone che nella loro vita hanno avuto

una diagnosi di tumore: nel 2010 saranno oltre 2 milioni. Per la stragrande maggioranza la riabilitazione rappresenta ancora un diritto negato. Ma in occasione della Giornata, l'Istituto nazionale dei tumori, in collaborazione con Favo, ha tenuto a Milano un convegno nazionale in cui sono stati presentati i dati del primo censimento delle strutture riabilitative ed i risultati ottenuti con il primo progetto nazionale sulla riabilitazione oncologica sostenuto dal ministero della Salute.

2) La necessità di individuare nuovi diritti per i

nuovi bisogni dei malati. A partire dallo slogan "Contro il cancro oggi c'è un'arma in più: la legge" nella Giornata di quest'anno, è stato fatto il punto sullo stato di applicazione delle leggi conquistate grazie all'impegno della Federazione. L'attenzione è stata focalizzata soprattutto sulla normativa del 2006 che riduce da 9 mesi a 15 giorni l'iter per ottenere il godimento di tutti i benefici previsti per l'invalidità e lo stato di handicap (cfr. I diritti per il malato di cancro, www.aimac.it). In una manifestazione organizzata dalla Regione Lombardia, che vedrà protagonisti i malati di cancro e le loro associazioni, il Governatore Formigoni presenterà i risultati dell'applicazione della "legge dei 15 giorni".

Per umanizzare la cura e migliorare la qualità della vita dei malati, Favo ha stretto una forte alleanza non solo con gli Istituti per lo studio e la cura dei tumori, ma anche con i medici della Fimmg e dell'Aiom. Facciamo appello ai medici pensionati dell'Enpam affinché condividano con Favo le iniziative per il sostegno dei pazienti oncologici. •

(*) fdelorenzo@favo.it

**Necessità
di individuare
nuovi diritti
per nuovi bisogni**



Festa dell'Epifania ad Humahuaca

Da Buenos Aires al Tropico del Capricorno

Magnifici scenari naturali si combinano con un'incredibile ricchezza di testimonianze storiche e culturali. Un viaggio attraverso l'Argentina passando dalla capitale alla provincia di Salta, dalle Valles Calchaquíes alla provincia di Jujuy

testo e foto
di Mauro Subrizi

La città di **Buenos Aires** è oggi permeata da una vitalità tutta nuova. Il crollo della moneta argentina ha trasformato quella che era una tra le capitali più care al mondo in una destinazione poco dispendiosa. Buenos Aires sta diventando, in brevissimo tempo, una meta sempre più ambita, e se ne comincia a parlare, quindi è consigliabile approfittarne. Assaporare la vita della città vuol dire molte cose di-

verse: passeggiare per il centro e ammirare gli splendidi palazzi ispirati all'architettura europea. Contemplare i passi sensuali dei ballerini di tango in una affollata *milanga* (locale da ballo). Gustare tenere e generose bistecche per soli 5 dollari Usa. Concedersi una sosta in un caffè d'epoca per spezzare ed addolcire il ritmo della visita ai tanti luoghi che suscitano interesse. In questa città hanno vissuto Borges e Che Guevara, il re del tango Carlos Gardel e il campione di Formula I Manuel Fangio.

Il numero dei caffè è lo stesso di Parigi e ci sono tante pizzerie come a Na-

poli. Lungo l'Avenida 9 de Julio, la strada più larga del mondo - 150 metri da un marciapiede all'altro - i grandi cartelloni pubblicitari ricordano, un po' malinconicamente, ai passanti il boom economico degli anni passati. In una babele architettonica si scoprono castelli borbonici, ville italiane, costruzioni barocche che si riflettono nei palazzi di vetro, l'antica sede del giornale *La Prensa*, voce dei grandi proprietari terrieri, si ispira ad uno stile che sta tra l'Eliseo e Versailles.

A Plaza de Mayo, la grande piazza cinquecentesca nel cuore della città, è passata la storia politica dell'Argentina, dalla folla oceanica che acclamava Evita e Perón al dolore delle madri che sfilano ogni giovedì innalzando i cartelli con le immagini dei figli vittime della dittatura militare.

Alle spalle della piazza, l'Avenida de Mayo, un susseguirsi di palazzi barocchi. Sosta d'obbligo il caffè **Tor-**



Sulla strada per Cachi

Dalla cinquecentesca Plaza de Mayo è passata la storia politica dell'Argentina

toni, da metà ottocento un'istituzione della città, con velluti e specchi déco e boiserie. Qui ha suonato Arthur Rubinstein ed ha cantato Josephine Baker. Da Bueno Aires, per visita-



Buenos Aires -Tangueria

re il nord ovest, è consigliabile volare sino a **Salta** e lì affittare una macchina.

La provincia di Salta è ricca di attrattive di ogni tipo. La città di Salta, capoluogo provinciale, è di origine coloniale, una tra le meglio conservate di tutta l'Argentina, e costituisce la base di partenza per escursioni nelle foreste montane subtropicali, nei canyon desertici e multicolori di El Toro e Cafayate e negli aridi ma spettacolari laghi salati.

Da Salta si attraversano le **Valles Calchaquies**, senza dubbio una delle zone più

affascinanti dell'Argentina al di fuori dei percorsi turistici più battuti, magnifici scenari naturali si combinano con un'incredibile ricchezza di testimonianze storiche e culturali. La Ruta 357 scende verso una terra deserta e le rovine della fortezza inca di Quilmes: paesaggi e colori da West americano. Prima di **Cafayate** la vegetazione cambia, i cactus lasciano il posto alle distese di vigneti che producono il *Torrontés*, re dei bianchi argentini, ricavato da un vitigno importato dalle Canarie nel 1550, ma pochi chilometri dopo, deviando lungo la r68, il paesaggio è ancora da western. Rocce rosse corrose dall'acqua e dal vento spuntano dalla sabbia della Quebrada del rio las Conchas, monumenti geologici di 50 milioni di anni. Le rocce hanno forme strane e spettacolari come l'Obelisco o la Rana. La r40, dopo qualche chilometro, si trasforma in una sterrata polverosa, percorribile anche con

Buenos Aires- Plaza de Mayo



un'auto normale nella stagione secca. La strada porta a **Cachi** (sale in lingua quechua), dominato dall'omonimo monte: è un villaggio struggente, con la chiesetta bianca e la grande piazza rettangolare. Un tempo era il territorio della civiltà precolombiana Calchaquies, sottomessa dagli Incas e poi dagli spagnoli.

Da Salta si prosegue verso nord attraversando la provincia di Jujuy, una delle più piccole e povere dell'Argentina, è nondimeno ricca di risorse archeologiche e culturali. Delimitata dalla Bolivia a Nord, dal Cile a ovest e dalla provincia di Salta a sud e a est, rappresenta il prolun-

Le Valles Calchaquies, fuori dagli itinerari turistici più noti, è una delle zone più affascinanti

gamento meridionale delle alte steppe andine (altipiano), la cui zona occidentale, caratterizzata da imponenti picchi vulcanici che torreggiano sui grandi laghi salati a oltre 4000 metri di altitudine, è scarsamente popolata. A est una catena di colline lascia spazio a valli fluviali profondamente scavate nel terreno, come la Quebrada de Humahuaca, il cui Rio Grande ha plasmato spettacolari formazioni desertiche prima di aprirsi sulle pianure subtropicali del Gran Chaco. La provincia di Jujuy racchiude numerose riserve naturali e faunistiche, che in genere, sono difficili da raggiungere. •



Buenos Aires
Avenida 9 de Julio

Claudio Sorrentino voce nell'ombra

Da bambino ha lavorato in teatro e in televisione, ma ben presto è passato al doppiaggio donando la sua voce a “piccoli e grandi” personaggi: il caporale Rusty nella prima serie di “Rin tin tin”, l'eroe scozzese William Wallace interpretato da Mel Gibson, il famoso Tony Manero di John Travolta. Il segreto di questo lavoro? Essere sempre un attore

di Maricla Tagliaferri

Cos'hanno in comune Mel Gibson e il puffy Gargamella? E John Travolta, che c'azzecca con Topolino? Un bel nulla, direte. Sbagliato! Hanno la stessa voce. O meglio: lo stesso doppiatore. O, ancor meglio, lo stesso attore: Claudio Sorrentino, ex-bambino prodigo, che a sei anni recitava in teatro Pirandello e in tv faceva “Vita con il padre e con la madre”, insieme a Paolo Stoppa e Rina Morelli, in diretta e con un braccio ingessato. E più o meno alla stessa età entrava in saletta per dare carattere al piccolo caporale Rusty nella prima serie di “Rin tin tin”. E poi ha alternato il teatro con la Compagnia dei Giovani al New American Cinema, da “Fragole e sangue” a “Harold e Maude”, passando per “Love Story”. Insieme a Giancarlo Gianini è il professionista più pagato d'Italia. È quasi impossibile elencare tutto quello che ha fatto in questi anni la voce ufficiale di Gibson e Travolta, fra radio e tv e iniziative sociali, fra la fon-

dazione della Bottega dei mestieri del cinema e l'organizzazione dell'ultimo episodio di “Guerre stellari”, realizzato dal fan club ufficiale per Internet.

Dunque, vediamo: voglio fare doppiaggio e vengo da lei. Cosa guarda per prima cosa, se ho una bella voce?

Absolutamente no. Prima di tutto sento come recita. Perché per fare bene questo mestiere bisogna essere attori e attori è sacrificio, saper ballare, suonare, cantare. Doppiare è come cantare, ci sono ritmi, contropiù, partiture.

Mettiamo che so recitare. Cosa mi fa fare?

La faccio entrare in sala a guardare come funziona il meccanismo. Dopo, le affido qualche piccola battu-

ta, giusto per vincere il micropanico. Che non è un panico piccolo, ma la paura del microfono.

E come la vinco?

Diventando sicura della tecnica imparata. A proposito: diffidi delle tante scuole per doppiatori, generalmente tenute da gente che io cacerei a calci e invece specula sulla sofferenza e ruba soldi.

Il primo ostacolo che incontro?

La fluidità della dizione. Perciò: prende questo coso qui, il registratore, e legge ad alta voce un giornale, una delle cose più difficili da leggere. Riascoltandosi, si renderà conto quant'è campana, stonata, e piano piano, imparerà ad ascoltarsi e correggersi: l'orecchio trasmette al cervello il suono e questo, che sa come vanno dette le cose, rinvia gli aggiustamenti.

Ma se ho una voce terribile?

Le brutte voci si correggono. Per esempio chi parla di gola come la signora Jervolino, se, con l'esercizio, impara ad usare il diaframma, arriva ad avere una voce di petto, magari non eccelsa,

ma almeno ascoltabile. E può esercitare il “Power Voice”, il Potere della voce.

Vale a dire?

Parlare non è semplice. C'è chi ti fa addormentare dopo due minuti e chi ascolteresti per ore qualunque cosa dica. La voce è uno strano passepartout, è un valore aggiunto che rende affascinante una persona non bellissima.

Però lei ha mille voci diverse.

L'abilità è entrare letteralmente dentro la faccia che ha bisogno della tua voce, anche se nella realtà ha una voce diversa, come capitava a Marlon Brando, cui stava meglio il calore sensuale di Peppino Rinaldi, che la sua stessa voce, sottile e un po' stridula. Io mi divertivo tanto coi cartoni animati, ora ho smesso. Ma ogni tanto faccio scherzi per telefono.

Caricature a parte, lei è diverso anche quando è “normale”.

Devi trovare la risata di uno, il ritmo dell'altro. Mel Gibson, per esempio, parla senza prendere fiato, John Travolta ha sempre una risatella dentro, anche quando fa il serio o il cattivo.

Ce l'hanno di loro o gliele ha inventate lei?

Ho aggiunto molto di mio, ma partendo dalle loro caratteristiche. •

**L'abilità
è “entrare”
letteralmente
dentro la faccia
dell'interprete**



Renato Carosone

“sarracino” simpatico

Con garbo e ironia napoletana, cinquanta anni fa mise boogie-woogie, rock and roll e cha-cha-cha nella canzonetta italiana riempiendola di scanzonata allegria, di bozzetti e di gustose prese in giro della nostra “eterna” esterofilia. A sei anni dalla sua scomparsa vogliamo ricordare questo grande e forse non ancora ben compreso musicista

di Piero Bottali

“Era un uomo generoso e modesto, e come artista un grande, che però è stato sottovalutato. Perché pur avendo avuto l'affetto e i riconoscimenti, si è portato dietro la sindrome di chi fa canzoni umoristiche”. Così scriveva Renzo Arbore sul quotidiano la Repubblica nel maggio 2001 per la scomparsa dell'amico Renato Carosone, avvenuta ad 81 anni. Cosa ha significato e cosa ha cambiato nel nostro panorama musicale Renato Carosone? Siamo negli anni '50 e la canzone ed anche la società italiana sono alla ricerca di una loro identità in gran parte disgregata dall'ultima guerra: se le melodie sono spesso valide ed eccellenti, le parole rispecchiano invece un mondo alquanto angusto, un po' provinciale e farcito di luoghi comuni. Carosone semplicemente e garbatamente ne sconquassa la banalità, prende il dialetto e il gusto napoletano della macchietta e li mescola, li



Fonte: www.premiocarosone.it

fonde nei ritmi americani ma senza esterofilia, caso mai il contrario. Ci mette ricche porzioni di boogie-woogie e specialmente dell'appena nato rock and roll, che col giovane Elvis Presley sta conquistando il mondo. Il risultato della mistura fu fantastico: le parole erano napoletane ma la musica e i ritmi erano americani. Non fu un'operazione alla Pino Daniele *ante litteram*: se questo ha

preso il telaio del *downhome blues* e ci ha ficcato dentro Napoli, compiendo azione musicalmente corretta ma nella quale noi non troviamo alcun valore di originalità, quello - Carosone - ha creato dei rock and roll e boogie-woogie napoletani non adattando bensì inventando e fondendo il dialetto partenopeo coi ritmi d'oltre oceano. Ottimo pianista e cantante, uomo non bello ma dai

grandi occhi vivi e intelligenti, Carosone così diceva di sé: “Ho tradotto la musica di Gershwin e Cole Porter, l'ho innestata sulla nostra melodia e l'ho sposata ai ritmi che venivano dal mondo”. Ne nacquero così canzoni che erano sì italiane ma anche cosmopolite, nel senso che avevano perso la caratteristica 'locale' e raccontavano agli italiani ed anche agli americani di un qualcosa che stava cambiando, perlomeno nell'arte di sapersi prendere in giro.

Caravan Petrol, Maruzzella, Torero, Chella là, Tu vuo' fa' l'americano, O' sarracino ed il funambolico, incredibile scioglilingua *Pigliate 'na pastiglia* sono alcuni dei suoi più noti e irresistibili capolavori. Spalleggiato da Peter van Wood, a quel tempo chitarrista, e da Gegè Di Giacomo, batterista, rumorista e improvvisatore, Renato Carosone genialmente rendeva ogni sua canzone un fresco bozzetto, una zoomata di immagini che descrivevano quanto nella canzone stava raccontando. In *Caravan Petrol* arrivò addirittura a imitare le nenie arabe del muezzin, nasali e ininterrotte e persino a simulare l'andatura ondeggiante della “nave” del deserto, il cammello... •

**Nacquero canzoni
che erano
sì italiane
ma anche
cosmopolite**



PER IL MOMENTO NON HO ADERITO AL RISCATTO

Carissimo Presidente,
sono medico di famiglia.

Avendo lavorato per diversi anni come medico condotto ed Ufficiale sanitario contemporaneamente all'attività di medico di base, dopo moltissime traversie, dovrei essere riuscito a far pervenire all'Enpam dall'Inpdap la somma di 32.594,48 euro.

Sono praticamente sempre stato massimalista fin dal primo giorno di lavoro e spero di continuare così fino alla fine dell'attività lavorativa.

Ho richiesto la possibilità di procedere al riscatto degli anni di laurea e l'Enpam mi ha risposto: in quella lettera mi veniva prospettata una pensione virtuale, al sessantacinquesimo anno; calcolata alla data della domanda di riscatto (2004) di 24.403,71 a fronte di contributi versati di 153.073,53. Per vari motivi non ho aderito per il momento alla possibilità di riscatto, anche perché penserei di lavorare fino a 65 anni.

Vorrei sapere:

1) sono arrivati i contributi relativi al periodo in cui ero Ufficiale Sanitario?

2) A quanto ammonterebbe la mia pensione al 2017 quando compirò 65 anni, comprensiva di tutti i contributi versati fino ad ora: Inail, Ssn e i 32.594,48 euro relativi all'attività di condotto, supponendo una costanza contributiva uniforme, come avvenuta fino ad ora.

Grazie fin d'ora e cari saluti.

Lettera firmata

Caro Collega,

preliminarmente ti confermo l'avvenuto completamento dell'operazione di ricongiunzione, che ha determinato il trasferimento presso il Fondo medici di medicina generale dei contributi relativi al periodo di attività svolta in qualità di medico condotto e Ufficiale sanitario. Sulla base di tali contributi, cumulati con quelli attualmente accreditati presso il Fondo in parola, pari ad euro 179.887,91, i competenti Uffici della Fondazione hanno provveduto a calcolare la richiesta proiezione pensionistica.

Ipotizzando la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del Ssn al compimento del 65° anno di età, la rendita pensionistica, lorda mensile, che la Fondazione erogherebbe in tuo favore è quantificabile in circa euro 3.700,00. Se decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, percepiresti una indennità pari a circa euro 81.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e un trattamento pensionistico, lordo mensile, pari a circa euro 3.100,00.

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

Colgo l'occasione per salutarTi cordialmente.

Eolo Parodi



LA MIA POSIZIONE PREVIDENZIALE

Gentilissimo presidente,

laureato nel 1979 ho svolto nel 1980 tirocinio ospedaliero retribuito per il riscatto dell'idoneità ai concorsi nella branca di oculistica.

Per cinque mesi ho svolto attività di medico scolastico convenzionato per 12 ore settimanali presso un Comune. Per dieci mesi ho svolto attività di assistente oculista supplente presso una Usl. Dal gennaio 1985, dopo aver svolto nel 1984 alcune sostituzioni, sono titolare di specialistica ambulatoriale.

Ti chiedo:

1) il periodo di tirocinio ospedaliero retribuito è da considerarsi contributivo? Se affermativo è possibile ricongiungerlo nel Fondo ambulatoriali e con quale spesa?

2) Il periodo svolto come medico scolastico fa parte dello stesso fondo ambulatoriali?

Oppure è da ricongiungere e con quale costo?

3) Il breve periodo ospedaliero con quali costi è ricongiungibile?

4) Di quale documentazione mi devo premunire per far valere ai fini pensionistici futuri le molteplici ore di attività extra moenia che svolgo durante il mio incarico di specialista ambulatoriale e che, essendo coperte da contribuzione Enpam accrescono il mio monte orario settimanale.

Nel ringraziarti per le delucidazioni ti porgo i più cordiali saluti.

Lettera firmata

Caro Collega, riguardo ai contributi previdenziali riferiti a periodi di attività professionale svolti antecedentemente al conseguimento della convenzione per l'esercizio della specialistica ambulatoriale, ti informo che

sulla posizione accesa a tuo nome presso il Fondo in questione risultano accreditati versamenti a decorrere dal mese di novembre 1984; l'eventuale contribuzione riferita ad attività svolte precedentemente alla suddetta data, pertanto, in via presuntiva dovrebbe essere stata accreditata presso altre gestioni previdenziali.

Per quanto concerne il periodo di tirocinio svolto presso strutture ospedaliere, ti preciso che, ancorché retribuito, lo stesso non dà luogo a contribuzione previdenziale presso alcuna gestione. Per una ulteriore conferma, ti consiglio di recarti presso la sede Inpdap di competenza e richiedere un estratto conto, dal quale potrai verificare ogni aspetto contributivo riferito ad attività professionali esercitate in ambito ospedaliero.

Per quanto riguarda, invece, il periodo di attività svolto in qualità di medico scolastico, ti informo che i relativi contributi previdenziali dovrebbero presumibilmente essere in giacenza presso l'Inps. Anche in questo caso, ti consiglio di richiedere un estratto conto che ti consenta di verificarne l'effettivo accreditamento.

Nel merito, ti comunico che i contributi accreditati a tuo nome presso altre gestioni previdenziali possono costituire oggetto di ricongiunzione, ai sensi della legge n. 45 del 5 marzo 1990. Nel tuo caso, l'effettuazione di tale operazione determinerebbe il trasferimento presso il Fondo specialisti ambulatoriali, di contribuzione antecedente a quella già accreditata, aumentando l'anzianità contributiva utile al conseguimento del trattamento di quiescenza.

Non essendo a conoscenza dell'ammontare dei contributi da trasferire, non mi è possibile fornirti alcuna indicazione riguardante il costo dell'operazione di ricongiunzione. Posso solo consigliarti di far per-

venire presso i competenti Uffici della Fondazione la domanda relativa alla attivazione del procedimento in parola, allegando l'estratto conto rilasciato dall'Inps e eventualmente dall'Inpdap. Saranno poi gli Uffici a richiedere i necessari dati contabili, a calcolare il costo dell'operazione e ad inviarti una dettagliata lettera di proposta, in cui ti verranno illustrati i benefici pensionistici derivanti dall'effettuazione dell'operazione di ricongiunzione. A decorrere dalla data di ricezione della suddetta nota, avrai 60 giorni di tempo per far pervenire la tua adesione, consentendo a questa Fondazione di formulare formale richiesta per il trasferimento dei contributi.

Per quanto riguarda, infine, la contabilizzazione ai fini pensionistici dell'orario di servizio svolto in regime di libera professione extra-muraria, ti rappresento che all'atto del pensionamento dovrai obbligatoriamente allegare alla domanda, tra l'altro, una dichiarazione da richiedere alla Asl di appartenenza, che attesti l'eventuale esercizio di attività extra-moenia e il numero di ore di servizio svolte a tale titolo. Unitamente alla ulteriore documentazione che ti verrà richiesta, la suddetta dichiarazione è necessaria per la determinazione dell'ammontare del trattamento pensionistico che percepirai al raggiungimento dei requisiti prescritti. Colgo l'occasione per salutarvi cordialmente.

E. P.



RISULTANO GROSSE DISCREPANZE

Illustre Presidente, espongo la mia situazione, già "a braccio" inquadrata dalla segreteria dell'Ordine di appartenenza. Risultano grosse discrepanze.

Ex medico ospedaliero, ora medico di base; 62 anni tra pochi mesi; laurea nel '72; già concluso il riscatto universitario; ricongiungimento in corso; in vista della conclusione

di 40 anni contributivi.

Vale la pensione "anticipata", con i 40 anni contributivi in modo equivalente ai 65 anni di età? Se così non fosse, quant'è la penalizzazione della pensione maturata con 40 anni di contribuzione rispetto a quella maturata a 65 anni? A quanto ammonta il lordo e il netto con 40 anni di contribuzione? Prima dell'inizio del pensionamento debbo concludere la ricongiunzione in corso? Il corrispettivo legato alla ricongiunzione inizia con il pensionamento o scatta al compimento dei 65 anni?

Alcune discrepanze.

Al primo calcolo della pensione presentato nel 2003 non fu incluso il riscatto universitario, conteggiato in seconda battuta, quella vigente, nel giugno del 2004. In tale occasione mi fu riferito telefonicamente una pensione di circa 3800 euro al lordo, di fine rapporto. La differenza dell'importo pensionistico, per caso, può dipendere ancora dal mancato conteggio del riscatto universitario? Ora, dall'Ordine, mi viene comunicata una pensione inferiore ai 2000 euro.

La pensione di quanto viene aumentata in virtù della ricongiunzione e quando inizia tale aumento?

Concludendo, gradirei conoscere l'importo (lordo e netto) della mia pensione al compimento del 40° anno di contribuzione e avere chiara risposta agli altri quesiti correlati. Ringrazio vivamente.

Lettera firmata

Caro Collega, sulla posizione accesa a tuo nome presso il Fondo medici di medicina generale risultano accreditati contributi, a decorrere dal mese di agosto 1975, per un importo pari ad euro 116.756,64. Nel merito, devo precisarti che, considerando i periodi assicurativi non coincidenti oggetto di ricongiunzione, maturerai 40 anni di anzianità contributiva presso il Fondo nel prossimo mese di novembre 2007.

Ciò premesso, ti informo che il conseguimento della pensione anticipata attraverso le "fi-

nestre di accesso", disciplinata dalla legge 449/97, riguarda quei sanitari che, prima del compimento del 65° anno di età, intendono cessare lo svolgimento dell'attività convenzionata all'atto del raggiungimento dei requisiti prescritti dai regolamenti vigenti per il collocamento a riposo. Le "finestre di accesso", infatti, determinano l'effettiva decorrenza del trattamento pensionistico una volta acquisito il relativo diritto. Il raggiungimento dei 40 anni di anzianità contributiva consente di prescindere unicamente dal requisito anagrafico rappresentato dal compimento del 58° anno di età, l'effettiva decorrenza della prestazione resta comunque vincolata a quanto stabilito dalla legge in parola.

Nel tuo caso, tuttavia, il raggiungimento dei requisiti necessari al pensionamento è avvenuto nel giugno 2003 ed ove avessi cessato lo svolgimento dell'attività professionale a tale data, la decorrenza della prestazione sarebbe intervenuta a far data dal gennaio 2004, prima finestra utile di uscita. Ti preciso che una volta acquisito il diritto ad accedere al trattamento di quiescenza, continuando lo svolgimento dell'attività professionale, la pensione decorre dal mese successivo alla effettiva data di cessazione, anche se antecedente al compimento del 65° anno di età.

Per quanto riguarda, invece, la determinazione dell'ammontare della rendita pensionistica, ti informo che le vigenti norme regolamentari prevedono dei coefficienti sia di riduzione sia di maggiorazione dell'importo del trattamento, da applicarsi in relazione alla effettiva data di pensionamento. Nel tuo caso, ipotizzando la cessazione dell'attività convenzionata al raggiungimento dei 40 anni di anzianità contributiva, tale coefficiente, riferito alla età anagrafica (62 anni e 5 mesi), sarebbe pari a -8,13%. Ti confermo, al riguardo, che il trattamento pensionistico che ti verrebbe erogato alla suddetta data è quantificabile in circa euro 2.000,00 lordi mensili. Se decidessi di

convertire in capitale il 15% della rendita maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, percepiresti una indennità, al lordo delle ritenute fiscali, pari a circa euro 48.000,00 e una pensione, lorda mensile, pari a circa euro 1.700,00.

Riguardo ai criteri di tassazione applicati alle rendite pensionistiche, ti informo che tali redditi sono assoggettati alla ritenuta fiscale determinata in base agli scaglioni Irpef previsti per i lavoratori dipendenti. Limitatamente, invece, al prelievo tributario operato sulle indennità in capitale, l'Enpam applica, in qualità di sostituto d'imposta, una ritenuta d'acconto pari al 20%. Successivamente, l'amministrazione finanziaria competente procede alla determinazione dell'aliquota definitiva, calcolandola sulla base dei redditi prodotti nel biennio precedente alla data di erogazione.

Per quanto concerne la definizione dell'operazione di ricongiunzione, ti informo che non sei soggetto ad alcun obbligo relativo al saldo del debito residuo prima del pensionamento. Lo stesso, infatti, può essere recuperato dal trattamento di quiescenza fino alla completa estinzione che, nel tuo caso, avverrà nell'aprile del 2012. Di converso, l'incremento pensionistico derivante dalla effettuazione della suddetta operazione, concorre alla determinazione dell'ammontare della rendita fin dalla prima mensilità.

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

E. P.

di Gian Piero Ventura

Dopo aver parlato nelle scorse rubriche di donne e prima ancora del Gronchi rosa e dei francobolli dedicati ai diciottenni, unitamente ad un po' di storia, questa volta ci soffermiamo su altri aspetti dell'arte del collezionismo filatelico. Infatti esistono diversi elementi che impreziosiscono o caratterizzano un francobollo.

Prima di tutto l'annullo, ovvero un segno oppure un timbro generalmente di colore nero che viene apposto su di uno o più francobolli da macchine apposite o da un dipendente degli uffici postali, per datare il giorno di partenza di lettere e cartoline. Se questo avviene presso un distaccamento nei luoghi preposti ed il giorno stesso di emissione, allora il timbro potrebbe essere speciale, cioè anch'esso riportante il tema del francobollo appena uscito. Tale avvenimento viene internazionalmente denominato FDC, ovvero l'acronimo dell'inglese First Day Cover.

La collezione degli annulli si chiama Marcofilia e talvolta può capitare che questi, per specifici motivi, valgano più del francobollo

L'annullo che... rende

La loro collezione prende il nome di Marcofilia. Poste Italiane realizza anche gli "annulli speciali" e le "targhette pubblicitarie": bolli che riproducono con scritte e immagini il tema di importanti manifestazioni



Esempio di meccanofilia

stesso. Da non confondere però con la Meccanofilia ovvero impronte, generalmente rosse, che servono ad affrancare una lettera sostituendo il francobollo, diventando pertanto documenti postali autentici, il cui collezionismo fa parte anch'esso della filatelia.

Nel nostro Paese oltre ai bolli ordinari in dotazione agli uffici postali, Poste Italiane realizza gli "annulli speciali" e le "targhette pubblicitarie". Ovvero si tratta di bolli più o meno figurati che

riproducono con scritte e immagini il tema di manifestazioni legate ad eventi di notevole interesse culturale, economico e sociale.

Tali annulli poi si possono trovare insieme su di una cartolina filatelica o su di una busta appunto "primo giorno di emissione". Queste solitamente non sono viaggianti, la prima ha un disegno o un'immagine caratteristica sempre inerente all'emissione del francobollo, la seconda è quasi sempre la tradizionale busta cavallino

1907/2007: Cent'anni di scoutismo
Un Mondo Una Promessa



Foglietto di due francobolli per lo scoutismo

che, riportando impressa la classica frase, va bene per ogni nuova emissione pur non caratterizzandola.

Per portare qualche esempio ci piace ricordare, tra le ultime emissioni di Poste Italiane, quella su Venezia patrimonio dell'Unesco, quella sul 50° anniversario dei Trattati di Roma e quella sui cento anni dello scoutismo (quest'ultime due anche nella versione a foglietto).

Infine segnaliamo diverse mostre mercato che si terranno nel mese di giugno: il 2 e 3 nella Repubblica di San Marino, presso il Palazzetto Multieventi Sport Domus a Serravalle; dall'8 al 10 a Senigallia (AN) nel Palazzo dello Sport di via Capanna; il 16 e il 17 a Savona presso la Palestra Comunale di via delle Trincee; il 30 giugno ed il primo luglio a Tarcento (UD) nel Palazzo Frangipane in via Pretura Vecchia.

Oltre naturalmente alla filatelia molte volte le aree di interesse trattate saranno anche su numismatica, cartolinafilia e altro. •



Busta cavallino "primo giorno" per Venezia



Cartolina filatelica per i Trattati di Roma



a cura dell'avv.
Pasquale Dui (*)

Con una recente pronuncia (Cass. n. 4177/2007) la Corte di Cassazione è tornata ad affrontare un argomento già esaminato dalle Sezioni Unite con la celebre Sentenza Franzese (Cass. n. 30328/2002), ovvero quello relativo al valore da attribuire, in sede di accertamento della responsabilità medica, alle leggi statistiche.

La risposta sulla sussistenza o meno del nesso di causalità non può essere trovata, sempre e in ogni modo, nelle leggi statistiche, però non può neppure dirsi che le leggi statistiche, in precedenza considerate decisive, debbano essere completamente trascurate. In verità, le leggi statistiche sono fra gli elementi che il giudice può e deve considerare, unitamente a tutte le altre emergenze del caso concreto. Con la conseguenza che il giudizio affermativo sulla sussistenza del nesso causale non si baserà più solo sul calcolo aritmetico statistico, quale che sia la percentuale rilevante, ma dovrà trovare

La statistica fa la colpa?

Le leggi statistiche sono fra gli elementi che il giudice può e deve considerare unitamente a tutte le altre emergenze del caso concreto

il proprio supporto nel l'apprezzamento di tutti gli specifici fattori che caratterizzano la vicenda concreta. Il giudice, in buona sostanza, dovrà partire dalle leggi scientifiche di copertura e, in primis da quelle statistiche, però, dovrà poi verificare se tali leggi siano adattabili al caso esaminato, considerando tutte le caratteristiche specifiche che potrebbero minarne, in un senso o nell'altro, il valore di credibilità, e dovrà verificare, altresì, se queste leggi siano compatibili con l'età, il sesso, le condizioni generali del paziente, con la presenza o l'assenza di altri fenomeni morbosi interagenti, con la sensibilità individuale ad un determinato trattamento farmacologico e con tutte le altre condizioni, presenti nella persona nei cui confronti è stato omesso il trattamento richiesto, che appaiono idonee ad influenzare il giudizio di probabilità logica.

In una simile prospettiva, il dato statistico, lungi dall'essere considerato privo di rilevanza, potrà essere apprezzato dal giudice, nel caso concreto, ai fini del-

la sua decisione, se riconosciuto come esistente e rilevante, unitamente a tutte le altre emergenze fattuali della specifica vicenda, apprezzando in proposito, laddove concretamente esistenti ed utilizzabili, oltre alle leggi statistiche, le regole scientifiche e quelle dettate dall'esperienza.

È ovvio poi che, in questo giudizio complessivo, il giudice dovrà verificare l'eventuale emergenza di fattori alternativi che possano porsi come causa dell'evento lesivo, tali da non consentire di poter pervenire ad un giudizio di elevata credibilità razionale al di là di ogni ragionevole dubbio sulla riconducibilità di tale evento alla condotta omissiva del sanitario. Ed è altresì ovvio che, in questo giudizio complessivo, il giudice dovrà porsi anche il problema dell'interruzione del nesso causale, per l'eventuale, possibile intervento nella fattispecie di una causa eccezionale sopravvenuta rispetto alla condotta del medico idonea ad assurgere a sola causa dell'evento letale (articolo 41, comma 2, c.p.). Nel rispetto di ta-

le approccio metodologico, il giudizio finale, laddove di responsabilità a carico del sanitario, non potrà che essere un giudizio supportato da un alto o elevato grado di credibilità razionale ovvero da probabilità logica; mentre l'insufficienza, la contraddittorietà e/o l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale e, quindi, il ragionevole dubbio sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico, rispetto ad altri fattori interagenti o eccezionalmente sopravvenuti nella produzione dell'evento lesivo, non potrà che importare una conclusione liberatoria.

Sulla base di tale principio la Corte ha respinto il ricorso, proposto da un sanitario, avverso la decisione dei giudici di secondo grado che, a fronte della morte di un uomo sottoposto in regime di "day surgery" ad intervento chirurgico per ernia inguinale sinistra e testicolo ritenuto, decedeva per scompenso cardio-circolatorio acuto a causa di shock settico. Lo avevano condannato per aver omesso di formulare un'ipotesi diagnostica, di attivarsi per consentirla in futuro prescrivendo e/o richiedendo accertamenti e consulenze e per aver sottovalutato un quadro clinico certamente idoneo a destare il concreto sospetto di un processo settico in atto. •

(*) del Foro di Milano

Insulina e Nobel

Egregio direttore e redattori,
scriviamo in relazione alla copertina de "Il Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri" n.2-2007 relativa alla scoperta dell'insulina, attribuita ai canadesi F.G. Banting, C.H. Best, J. Collip, J.R. Macleod.

Il premio Nobel per la medicina nell'anno 1923 fu assegnato per la scoperta dell'insulina a Banting e a Macleod, malgrado l'ormone pancreatico fosse già stato isolato e iniettato sin dal 1916 a un cane reso diabetico dal medico romeno e professore di fisiologia alla facoltà di Medicina di Bucarest, Nicolae Paulescu (1869-1931). A causa della prima Guerra mondiale, con l'occupazione di Bucarest da parte delle truppe tedesche e austro-ungheresi nel 1916 e la guerra che durò per la Romania fino all'agosto 1919, Paulescu non poté pubblicare i risultati dei suoi esperimenti prima del 1921, quando apparvero, tra aprile e giugno 1921, quattro suoi articoli sull'isolamento e gli effetti normoglicemizzanti dell'ormone pancreatico, sulla rivista della Società di Biologia di Parigi, seguiti da un quinto articolo sullo stesso argomento pubblicato nel mese di agosto 1921 dagli *Archives Internationales de Physiologie* di Liege. Il 10 aprile 1922 Paulescu brevettò il suo metodo di estrazione dell'ormone pancreatico (patente no. 6254) presso il ministero romeno dell'Industria e Commercio.

I ricercatori canadesi citati pubblicarono le loro ricerche nel 1922, otto mesi più tardi di Paulescu, ripetendo gli stessi suoi esperimenti ma, malgrado la precedente pubblicazione della scoperta nel 1921 e l'isolamento dell'ormone pancreatico da parte di Nicolae Paulescu, il premio Nobel fu assegnato a Banting e a Macleod nel 1923. Il Comitato Nobel ha riconosciuto nel 1969 la priorità di Nicolae Paulescu nella scoperta del trattamento antidiabetico ma, conformemente al suo statuto, ha escluso la possibilità di una riparazione ufficiale (vedasi la lettera del professore Arne Tiselius, presidente dell'Istituto Nobel al vicepresidente dell'Associazione britannica del diabete, il professore Ian Murray, pubblicata nel 1971 nel *The Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*). Ulteriormente, lo stesso dottore Frederick Grant Banting, oramai insignito del premio Nobel, ebbe, non di meno, a riconoscere la priorità di Paulescu nella estrazione dell'insulina e la sua applicazione ai cani resi diabetici.

Roif Luft, direttore del Comitato Nobel per la Fisiologia e la Medicina, in un articolo intitolato "Who discovered insulin?" del 1971, dichiarò che il premio Nobel per la scoperta dell'insulina "avrebbe dovuto essere, almeno diviso, fra Paulescu, Banting e Macleod".

In occasione del cinquantenario del Nobel per la scoperta dell'insulina e della sua applicazione nella terapia del diabete, nel 1973, la IDF – International Diabetes Federation – ha riconosciuto la priorità di Paulescu nella estrazione dell'insulina e nella sua applicazione nel trattamento antidiabetico. Negli ultimi tempi si è scritto assai nelle pubblicazioni di specialità sulla priorità di Paulescu nella estrazione e applicazione dell'insulina nella terapia antidiabetica.

Distinti saluti

*dott. Nicola Caruso, medico specialista
iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di Frosinone*

*dott. Mariana Enescu, medico specialista
iscritta all'Ordine dei Medici di Roma e Provincia*

*dott. Emil Petru Ratiu, medico specialista
iscritto all'Ordine dei Medici di Roma e Provincia*

Ringraziamo per questo supplemento di notizie che non avevamo trovato nelle enciclopedie e nei libri di storia della Medicina da noi consultati. Ci consola il fatto che il premio Nobel, come da noi scritto, fu assegnato realmente a Frederick Banting e J.R. Macleod e che la cagnolina immortalata nella foto pubblicata in copertina è proprio la "N. 33".

Cordiali saluti

G. Cris

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma

giornale@enpam.it

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Tel. 06 48294814 - Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

OTTIMIZZAZIONE

Claudia Furlanetto: Tel. 06 48294534

email: c.furlanetto@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

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

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno: Tel. 06 48294890

email: archivio.giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - ablestock.com

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche

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

tel: 059 312500 - fax: 059 312252

email: centralino@coptip.it

MENSILE - ANNO IX - N. 5 DEL 23/05/2007

**Di questo numero sono
state tirate 420mila copie**