

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



I premi Nobel Marie Curie e la figlia Irene

PARODI
Cambiare
alla
svelta

2

PROFESSIONE
Precariato
e medici
sfruttati

7

PREVIDENZA
Memorandum
per una buona
partenza

8

FONDOSANITÀ
Interessa
tutta l'area
sanitaria

10

ENPAM
Lavorare
in gruppo
si può

60

IL GRANDE CINEMA PER LA FAMIGLIA

FIUGGI FAMILY FESTIVAL, I MEDICI PROTAGONISTI

Valorizzare il prodotto cinematografico e televisivo per la famiglia nella sua globalità è un'esigenza oggi quanto mai avvertita e diffusa. Proprio partendo da questo bisogno è nato un evento culturale di grande rilievo il **Fiuggi Family Festival** che annovera tra gli Enti patrocinanti anche la Federazione nazionale dei medici pediatri e dei medici di famiglia con rispettivamente il presidente nazionale Giuseppe Mele ed il segretario nazionale Giacomo Milillo componenti del Comitato d'onore, comitato che tra numerose personalità annovera il presidente dell'Enpam On. prof. Eolo Parodi. L'ideatore del Festival, ora anche presidente, è il dott. Gianni Astrei, pediatra, autore di numerose pubblicazioni scientifiche di neonatologia e pediatria.

Il Fiuggi Family Festival ha una molteplicità di obiettivi, tanto culturali quanto di promozione dell'industria, così riassumibili:

- far conoscere a un pubblico di famiglie **il meglio della produzione cinematografica** rivolta a questo specifico target.
- Rinnovare e incentivare **l'abitudine delle famiglie di andare al cinema insieme**. Uno degli obiettivi della festa sarà anche promuovere fra gli esercenti speciali iniziative come *family card* ecc.
- Aprire un dialogo con Autori e produttori per **promuovere una produzione cinematografica che sia più *family friendly*** e che ricreando un patto di collaborazione con questo pubblico –tipica dell'industria americana, ma che la nostra cinematografia sembra aver quasi abbandonato- consolidi anche questo settore industriale di così alta rilevanza culturale.
- Mentre il cinema continua a dare (in modo molto esasperato rispetto alla realtà della nostra società) una visibilità notevolissima a forme di unione alternative alla famiglia fondata sul matrimonio, tornare a **rendere visibile**, anche attraverso il cinema, la realtà, le gioie, le sofferenze e i problemi quotidiani che **la gran parte del Paese vive nel contesto del proprio nucleo familiare**.

Il Fiuggi Family Festival avrà la forma di una kermesse culturale, incentrata sul cinema, ma aperta ad altre iniziative, un po' sullo stile della Fiera del libro di Torino, del Motorshow di Bologna o del Meeting di Rimini.

L'edizione zero si svolgerà **a Fiuggi dal 28 luglio al 3 agosto**. La cittadina laziale ha già deciso di fare propria questa iniziativa e di sostenerla in modo significativo mettendo anche a disposizione a prezzi contenuti la sua amplissima capacità ricettiva.

Si prevedono quindi:

- **proiezioni dei migliori film della stagione** dedicati alla famiglia, alla presenza di registi, attori, produttori. Con premio finale assegnato dal pubblico.
- Una **rassegna internazionale di film con un target familiare** non ancora noti in Italia, ma che per la loro qualità hanno potenzialità di distribuzione nel nostro Paese (film sul tipo di *Les Choristes – I ragazzi del coro*).
- Un **incontro-convegno** per addetti ai lavori.
- Un **concorso con un premio per la migliore sceneggiatura** di un film a target familiare.
- Concerti e rappresentazioni teatrali.
- Nella Fonte Anticolana verrà allestito il villaggio per i bambini con una Fattoria didattica.
- Laboratori didattici.
- Incontri con personalità del mondo della cultura.

Servizio Accoglienza Telefonica

06.4829.4829 - 06.4829.4444 (fax) - e-mail: sat@enpam.it

**Servizio di consulenza telefonica. Rispondiamo a quesiti su Previdenza,
Polizza sanitaria, Servizi integrativi, Patrimonio...**

NOTIZIE FLASH

AVVISO DI PAGAMENTO QUOTA A 2008

Ricevimento oltre la scadenza del 30 aprile 2008. Nel caso in cui l'avviso sia pervenuto o perverrà dopo la scadenza di una o più rate, il pagamento delle rate scadute dovrà essere eseguito entro 15 giorni dall'atto di notifica.

Mancato ricevimento. Nel caso di mancato ricevimento dell'avviso **contattare Equitalia Esatri S.p.A.** al numero **199 20 72 72**, indicando nome, cognome e codice fiscale, ovvero, inoltrare richiesta scritta al numero di fax **02 641 66 617**, indicando nome, cognome e codice fiscale, ed allegando fotocopia di un documento valido.

REDDITI PROFESSIONALI 2007

Obbligo contributivo e termini di presentazione. I professionisti iscritti all'Enpam, sono tenuti a comunicare entro il **31 luglio 2008** il reddito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2007. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando il **modello D 2008 recapitato al domicilio degli iscritti entro il mese di giugno 2008.**

Modello D personalizzato. I modelli D sono stati personalizzati in base alla posizione contributiva del singolo iscritto presso il Fondo della Libera Professione Quota B.

Mancato ricevimento modello D personalizzato. Coloro che non verranno in possesso del modello D personalizzato, possono utilizzare il modello D_G disponibile sul sito internet www.enpam.it, presso la sede dell'Enpam in Roma, via Torino n° 98 (II piano), o presso l'Ordine dei Medici di appartenenza.

Invio modello D cartaceo. La dichiarazione va spedita a Fondazione Enpam, Casella postale n° 13100 00185 Roma esclusivamente a mezza raccomandata semplice.

Invio modello D in ritardo. In caso di invio del modello D oltre il termine del **31 luglio 2008**, è prevista l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a **euro 120,00.**

Contribuzione ridotta. La richiesta di contribuzione ridotta presso il Fondo della Libera Professione Quota B può essere presentata entro il **31 luglio 2008** dagli iscritti dotati di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di un trattamento pensionistico.

Richiesta contribuzione ridotta in data successiva al 31 luglio 2008. Qualora l'istanza venga presentata oltre tale termine essa si intenderà riferita agli eventuali redditi professionali prodotti nell'anno 2008.

Isritti già ammessi alla contribuzione ridotta. Coloro che negli anni precedenti hanno regolarmente prodotto la predetta domanda **non devono ripeterla.**

Perdita del diritto alla contribuzione ridotta. In caso di perdita del diritto alla contribuzione ridotta l'iscritto deve darne comunicazione all'Enpam tramite il modello D indicando la data in cui sono venute meno le condizioni di accesso.

Opzione contribuzione intera. Gli iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta possono optare per il versamento del contributo nella misura intera del 12,50%. Tale opzione **non è revocabile.**

Pensionato del Fondo Generale. I pensionati del Fondo Generale sono esonerati d'ufficio dal versamento dei contributi e di conseguenza dall'invio del modello D. I pensionati, se titolari di reddito professionale, possono chiedere entro il **31 luglio 2008**, nell'apposito riquadro nel modello D o con domanda semplice, di essere ammessi al versamento del contributo nella misura intera del 12,50% o ridotta del 2%. Le modalità di versamento del contributo e di invio del modello D sono identiche a quelle previste per gli iscritti non pensionati.



E.N.P.A.M.

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

2 Cambiare ed alla svelta	33-35 Congressi, convegni, corsi
3-6 Per una migliore tutela della salute	36-37 Mostre ed esposizioni in Italia
7 Precariato: sfruttamento del lavoro dei medici	38-39 A proposito di stress
8 Memorandum per ricominciare	40-41 Viaggi, Attica e Peloponneso
9 Chi può presentare la domanda di pensione	42 Libri: come nasce la notizia?
10-11 Libera professione e previdenza	43 In editoria: "A pranzo con la storia"
12-13 Previdenza e dirigenza medica	44-45 Recensioni
14 Specializzazione in medicina	46-47 Vita degli Ordini
15 Maternità, astensione obbligatoria	48-50 Polizza sanitaria Enpam
16-17 L'intervista: paralisi cerebrale infantile	51 Accadde a... Giugno
18-19 Medico, professione a rischio	52 Erbe, l'Acerola
20-21 La chirurgia di John Hunter	53 I fiori dell'estate
22-23 Medici dello spazio a congresso	54 Cinema, l'ultima fatica di Tornatore
24-25 L'importanza di aiutare il prossimo	55 Musica, Herbert von Karajan
26-27 "Nascita e crescita" dei genitori	56-57 L'opera di Giacomo Puccini
28 In difesa della salute dei lavoratori	58-59 Lettere al Presidente
29 Storie di medici	60-61 La risorsa di lavorare in gruppo
30 Travel medicine	62 Filatelia
31 Ricerca, le variazioni genetiche	63 Responsabilità dello psichiatra
32 Febbre mediterranea familiare	64 Assicurazione, proroga al 31 luglio

Foto di copertina



Marie Skłodowska Curie nel suo laboratorio con la figlia Irene. Per le sue storiche ricerche sulla radioattività la scienziata polacca ricevette, nel 1903, il Premio Nobel per la Fisica insieme al marito Pierre e ad Atonie Henry Becquerel e, nel 1911, quello per la Chimica. Cinque anni prima era rimasta vedova per la morte di Pierre in un incidente stradale.

Marie, che era nata a Varsavia nel 1867, morì in seguito a leucemia dovuta alle radiazioni nel 1934: cinquanta anni dopo il suo corpo, custodito nel Pantheon di Parigi, risultava ancora radioattivo. I coniugi Curie ebbero due figlie: Irene ed Eva. Irene, nata a Parigi nel 1897, sposò nel '26 il noto ricercatore Frédéric Joliot ed insieme ricevettero nel 1935 il Nobel per la Chimica. Da ricordare che nel '39 Irene e Frédéric lavorarono al progetto per dotare la Francia della bomba atomica. Anche Irene – nel 1956 – venne colpita mortalmente dalla leucemia probabilmente, anche per lei, dovuta all'esposizione massiccia alle radiazioni.



Il discorso sulla Sanità italiana si rivela sempre più complesso. Tante le diversità tra gli interlocutori, tanti gli interessi politici da prendere in considerazione. Ho fatto quello che si definisce un esame di coscienza lungo e articolato. Ed alla fine ho approntato un testo dove elenco quelli che considero i maggiori problemi e quelle che in base all'esperienza, anche politica, potrebbero diventare soluzioni.

Ne scrivo per la prima volta, anche se il testo l'ho inviato a molti autorevoli colleghi ed a chi fa politica sanitaria. Con una premessa: la Sanità non è né di destra né di sinistra, certamente non "statalista".

Parto da una necessaria riforma del "dicastero della Salute" sottolineando la necessità di accordo con gli altri Paesi europei. Naturalmente, metto l'accento sulla necessità di un chiaro accordo tra le Regioni italiane. Suggerisco la formazione di speciali comi-

tati per le decisioni importanti, con un occhio di riguardo (intendo massima severità), per quella che viene definita volgarmente: "Malasanità".

Mi occupo certo di fatti eclatanti ma, come tutti noi ben sappiamo, i problemi sanitari sono anche altri. Per esempio la collocazione dei medici.

I medici italiani sono i peggio pagati d'Europa e non si fa niente per colmare questa avvilente condizione. Nello stesso tempo, vanno riviste le cosiddette condizioni d'ingaggio. Mi spiego meglio: bando ai "giochini" e porte aperte alla meritocrazia.

Dobbiamo superare la dicotomia territorio-ospedale attraverso un recupero della risorsa: medici di famiglia, medici di continuità assistenziale, pediatri e specialisti ambulatoriali. Imperativa, a questo punto, diventa l'organizzazione della Continuità Assistenziale nel territorio con il "lavoro di gruppo" dei medici (Utap - Casa della salute - poliambulatori) con adeguate attrezzature diagnostiche.

Ma - lo affermo con pro-

Cambiare ed alla svelta!

di Eolo Parodi

fonda convinzione - occorre la continuità assistenziale 24 ore su 24 e sette giorni su sette, con una garanzia di assistenza sul territorio, l'organizzazione sul territorio della domanda di visite specialistiche all'interno delle unità territoriali. Penso che così sarebbe possibile abbattere i tempi interminabili delle odierne vergognose liste d'attesa magari ricorrendo alle cosiddette "prestazioni extra".

Vorrei, inoltre, che si arrivasse ad abolire l'attuale burocratizzazione che obbliga il medico a destinare l'80 per cento del tempo lavorativo a problemi amministrativi. Naturalmente, qui devono entrare in gioco i poteri dei direttori generali e dei direttori sanitari. Nel documento mi spiego, credo esaurientemente: le nomine dei direttori generali in carica per cinque anni devono essere molto severe e giuste.

Vanno chiusi i piccoli ospedali a patto che si creino centri di eccellenza. Un problema di non facile soluzione. Suggerisco, inoltre, una serie di cambiamenti urgenti da effettuare, a cominciare dalla comunicazione tra

chi cura e chi le cure le deve ricevere.

Ritengo utile organizzare sia a livello nazionale sia a livello regionale "SOS Salute", con il motto "Noi siamo per dare e non per prendere", con appositi numeri verdi e domande e risposte accuratamente selezionate nei due servizi.

Mi sembra anche utile e quindi urgente la realizzazione di una rete territoriale di presidi sanitari con servizi di autoambulanza afferenti strutture ospedaliere; potenziamento del servizio di elisoccorso e creazione del cabotaggio sanitario marittimo. Non possiamo dimenticare che attorno a noi ci sono decine di isole con enormi problemi turistici.

La salute è un bene per tutti e un bene di tutti. E' perciò necessaria una rivoluzione culturale, iniziando a porre dall'età scolare dell'obbligo, fino a quella universitaria, materie d'insegnamento quali l'educazione sanitaria, ambientale e civica.

Naturalmente, com'è mio costume, accetto critiche, suggerimenti e, perché no?, anche condivisione di quanto ho scritto. •

...per una migliore tutela della salute

Nonostante le difficoltà obiettive, comuni a tutti i Paesi industrializzati, si ritiene che il nostro sistema sanitario possa migliorare con una sua riorganizzazione su base regionale, in un quadro di federalismo sanitario con forti vincoli solidaristici nazionali, che produca un netto contenimento della spesa ed un miglioramento della qualità delle prestazioni. Gli interventi, qui di seguito schematizzati, sono in grado di produrre effetti benefici a medio-lungo termine.

Del resto per un sistema complesso ed in sofferenza qual è il nostro, interventi tampone al di fuori di un processo organico riformatore finiscono con l'accentuare le criticità. La "burocrazia", i bassi interessi partitici, l'affarismo generalizzato hanno rovinato questo settore che è il più delicato e quindi il più importante.

Ciò sta avvenendo nel momento in cui si registra la

più alta speranza di vita e quindi l'aumento di tutti i problemi ad essa connessi, sia medici, sia sanitari, sia sociali e previdenziali.

Le allegate proposte, tutte da approfondire nel caso vengano accolte, tendono a delineare un percorso che potrebbe aiutare l'Italia ad uscire da questo tunnel pericoloso.

Dobbiamo tener presente che in questo momento non si fa politica, ma solo partitica, pur sapendo e verificando, minuto per minuto, che la salute non ha bandiere di partito ma è "un bene per tutti ed un bene di tutti".

A tal fine tutto dovrà essere preceduto da un'offensiva "culturale" sul bene salute iniziando a porre dall'età scolare dell'obbligo, fino a quella universitaria, materie di insegnamento quali l'educazione sanitaria, ambientale e civica.

Con questa offensiva dovremo anche insegnare alla gente come difendere la propria salute, aiutandola a prevenire piuttosto che essere in continua emergenza.

Un'università della terza e quarta età, potrebbe essere affiancata ad un serio programma sociale, giuridico, fiscale e previdenziale.

Riforma del "ministe-

ro della salute". Alla luce delle nuove prerogative affidate alle Regioni:

1) Accordo fra le politiche sanitarie dell'Unione Europea e quelle nazionali e regionali.

2) Garanzie del rispetto del principio di uguaglianza, su tutto il territorio nazionale, in materia di diritto alla salute.

Ritengo indispensabile, però, che si instauri un regime di competitività a livello regionale. In tal senso le Regioni che ne hanno la possibilità e la cultura devono immediatamente innalzare i livelli di uguaglianza. Dobbiamo eliminare tutti coloro che intendono vivere come parassiti sulla pelle degli altri.

3) Un comitato composto da tutti i Presidenti delle Regioni italiane e presieduto dal Ministro della Salute, potrà e dovrà commissariare immediatamente i responsabili di tutte le istituzioni, per tutti i casi di malgoverno, cattiva gestione, incapacità di risolvere i bisogni primari ed infine per tutti i casi di sprechi e di collusioni mafiose.

4) Modifiche al D.Lgs 229/99, liberando il sistema da incrostazioni puramente ideologiche e sburocratizzandolo.

5) Alla luce di possibili accorpamenti il Ministero potrebbe essere così denominato "Ministero della Salute, dell'Ecologia e delle Politiche Sociali".

Assunzioni direttori generali, amministrativi e sanitari. I direttori generali

- I direttori generali, sia delle ASL, sia dei policlinici, sia degli ospedali, vengono nominati dal Presidente della Regione, sentito il parere (non in accordo con) del rettore, dei sindacati dei medici e del personale, delle società scientifiche e del sindaco/conferenza dei sindaci. I Direttori Generali hanno l'obbligo di denunciare al governatore, all'assessore alla sanità e al capo dell'opposizione, eventuali raccomandazioni (reato amministrativo che comporta la multa equivalente almeno a un mese di stipendio);

- restano in carica 5 anni;
- rimozione possibile solo se gli indicatori suggeriscono cattiva gestione;
- valutazione dall'alto: indicatori economici;
- valutazione dal basso: indicatori non economici.

Possibili indicatori non economici

- Attrazione dalle altre province;
- fedeltà dei clienti;

Tra i progetti a lungo termine l'introduzione del pagamento dei risultati

- numero rientri precoci;
- soddisfazione dei collaboratori (medici, infermieri, tecnici ecc.);
- individuazione ed inchiesta, autonoma e personale, sui motivi che possono causare errori;
- numero ricorsi alla magistratura e al difensore civico;
- Ecm (come docente, discente e organizzatore);
- pubblicazioni scientifiche
- rapporto interventi/ricoveri;
- tasso occupazione posti letto;
- infezioni nosocomiali;
- la soddisfazione degli amministratori (direttori di dipartimento, dirigenti di unità complesse, dirigenti, infermieri, ecc. espresse separatamente);
- attività di prevenzione (lotta al fumo e all'obesità, mammografie e colonoscopie di screening, organizzazione di corsi e di campagne per la popolazione e per gli studenti...);
- edilizia;
- igiene ospedaliera (controlli almeno annuali dei N.A.S.);
- indice di attrazione da altri ospedali.

I dirigenti di unità complesse

Soluzione A:

abolizione completa dei concorsi; passare ad una

**Introduzione
del pagamento
dei risultati
per aumentare
l'efficienza**

selezione per chiamata o per scelta sulla base di curricula e di colloqui, associata a un giudizio dopo 5 anni di attività, basato su indicatori preselezionati che permettano di stabilire soglie al di sotto delle quali si viene puniti e al di sopra delle quali si venga premiati, anche economicamente. Restano in carica 5 anni.

Soluzione B:

i "dirigenti di unità complesse" vengono nominati sulla base del curriculum e di un colloquio con due rappresentanti del consiglio di direzione più due primari della disciplina provenienti da altre regioni che stilano un elenco dei tre più meritevoli su cui il direttore generale effettua la sua scelta motivata e responsabile. Restano in carica 5 anni.

Soluzione C:

è quella che io personalmente auspico ed è così articolata:

- Ripristinare le idoneità nazionali anche con l'introduzione dei limiti minimi di curricula.
- Far presiedere le commissioni di idoneità dai Presidenti italiani, europei ed internazionali delle società inerenti le varie categorie.

I direttori generali, aziendali, etc., devono fare la chiamata diretta nell'ambito della graduatoria sopracitata, assumendone la responsabilità.

Restano in carica 5 anni.

Possibili indicatori non

economici da valutare secondo la soluzione scelta

- Attrazione dalle altre province;
- fedeltà dei clienti;
- numeri dei rientri precoci;
- soddisfazione dei collaboratori (medici, infermieri, tecnici ecc.);
- individuazione ed inchiesta, autonoma e personale, sui motivi che possono causare errori;
- numero ricorsi alla magistratura e al difensore civico;
- Ecm (come docente, discente e organizzatore);
- pubblicazioni scientifiche;
- rapporto interventi/ricoveri;
- tasso di occupazione dei posti letto;
- infezioni nosocomiali.

Progetti a lungo termine

- Introduzione del pagamento dei risultati (Payment by results – PbR).

Scopo:

creare incentivi per aumentare la produttività e rendere efficiente l'uso delle risorse.

Rivolto a:

tutti i committenti in particolare medici di medicina generale e tutti i fornitori (ospedali, laboratori, centri di servizi, ecc.) sia pubblici che privati.

Principio generale:

• i fornitori vengono pagati sulla base del numero e della complessità (es: casemix) dei casi trattati. La classificazione dei prezzi, dei casemix e delle regole di pagamento sono mantenute a livello centrale. Tuttavia il PbR non nega la ne-

Interventi in grado di produrre effetti benefici a medio-lungo termine

cessità di contratti fra committenti e fornitori.

• Introduzione nella gestione di una carta dei punteggi equilibrata (Balanced Scorecard), focalizzandosi non solo sugli esiti finanziari ma anche sugli esiti umani: permette una visione più ampia di un business che a sua volta aiuta l'organizzazione ad agire per i suoi interessi a lungo termine.

• Si basa su 4 prospettive/aree di valutazione che portano a dati numerici misurabili e quantificabili con possibilità di stabilire soglie di efficienza/non efficienza; prospettiva finanziaria, prospettiva dei clienti, prospettiva dei processi interni e prospettiva di apprendimento e crescita.

I giudizi si basano su indicatori chiave di performance, per esempio:

- finanziaria (cash flow, risultati finanziari, ritorno del capitale impegnato);
- clienti (performance di fornitura per data e per quantità, satisfaction rate, fedeltà);
- processi interni (opportunità di successo, n° attività, n° errori, n° incidenti);
- apprendimento e crescita (investimenti, % pro-

mozioni interne, turnover impiegati);
 - infine non possiamo ignorare i rapporti (delicati quanto si vuole), fra le aree assistenziali affidate alla medicina universitaria che dovrà, **fatte salve le esigenze primarie della didattica e della formazione – non gravitando sull’assistenza – equipararsi sotto ogni aspetto a quella ospedaliera.**

Programma a breve e medio termine

I problemi dei costi di una struttura sanitaria, vanno collegati all’aumento della redditività delle risorse impiegate: **“all’appropriatezza delle cure e appropriatezza delle strutture”.**

Bisogna superare l’attuale dicotomia territorio-ospedale attraverso un recupero della risorsa: Medici di famiglia, Medici di continuità assistenziale, Pediatri e Specialisti ambulatoriali interni nella organizzazione del servizio sanitario. **Imperativa è l’organizzazione della continuità assistenziale nel territorio con il lavoro di gruppo dei medici** (UTAP-Casa della salute-Poliambulatori) con adeguate attrezzature organizzative e diagnostiche. **Ciò renderà possibile la presa in carico dell’utente-paziente nella assistenza ordinaria e nell’eventuale percorso in altre strutture** (Ospedale) prima e dopo. Così come saranno gestiti gli accessi ad altre strutture sanitarie e sociali.

Poter effettuare interventi che possono essere eseguiti ambulatorialmente

La continuità assistenziale 24 ore su 24 e sette giorni su sette, con una garanzia di assistenza sul territorio, consentirà di rimuovere le resistenze per una riorganizzazione della rete ospedaliera elevando in modo deciso gli standard minimi.

A questo proposito, la continuità dell’assistenza si sostanzia anche con la disponibilità dei dati assistenziali autorizzata dai cittadini/pazienti per tutti gli operatori sanitari che li devono assistere.

Il passaggio della presa in carico da parte di operatori e livelli assistenziali è un momento di particolare rischio e di potenziale spreco di risorse.

È auspicabile che la continuità dell’assistenza passi quindi per la continuità del dato assistenziale che dovrà essere reso disponibile e oggetto di implementazione, utilizzando le moderne tecnologie informatiche.

Organizzando sul territorio la domanda di visite specialistiche all’interno delle unità territoriali, con la risposta in gran parte all’interno delle stesse, sarà possibile abbattere i tempi interminabili delle odierne liste di attesa.

Dovrebbe essere prevista la possibilità di effettuare

interventi che possono essere eseguiti ambulatorialmente e che devono far parte di un elenco preciso e responsabile.

A tal fine possono essere riproposte le cosiddette “prestazioni extra”.

Si tratta in definitiva di strutturare il Servizio Sanitario organizzando il territorio per soddisfare il 95% delle prestazioni e una eccellenza ospedaliera come un vero terminale del territorio in grado di soddisfare la domanda della diagnostica e delle urgenze-emergenze di pronto intervento e di elezione (Codici rossi). **La medicina del territorio dovrà essere organizzata anche con un particolare adeguamento nelle specializzazioni universitarie.**

Provvedimenti contro la malasanità.

A) Riformare la selezione ai corsi di laurea sia per i medici che per i sanitari.

B) Raccordarsi con le necessità del Ministero della Salute e del Servizio Sanitario Nazionale.

C) Dare ai medici ed a tutti i sanitari italiani, soluzioni normative ed economiche identiche a quelle dei paesi europei della nostra fascia.

D) Impedire con ogni mezzo l’attuale “burocratizzazione” che obbliga tutti a destinare un 80% del tempo lavorativo a problemi amministrativi.

E) Impedire che personale medico e sanitario lavori nelle strutture amministrative del Sistema Sanitario.

F) I poteri dei direttori generali e direttori sanitari dovranno avere pareri obbligatori ed in alcuni casi vincolanti da parte di rappresentanti eletti.

G) Obbligare ad un diverso rapporto con la gente, studiando una diversa comunicazione, un diverso dialogo ed incentivando un’opportuna consultazione su programmi di formazione e sensibilizzazione.

H) Tracciare le linee guida sulla prescrivibilità delle prestazioni specialistiche. Esaudire in tempi massimi decretati e divulgati le richieste di tutte le prescrizioni di prestazioni specialistiche. A tal fine, una soluzione obbligatoria appare quella di instaurare il doppio turno di lavoro per far funzionare 12 ore al giorno le varie strutture pubbliche, previo, evidentemente, accordi sindacali.

In caso contrario, coinvolgere a tariffe prestabilite strutture accreditate che corrispondano esattamente a livelli di credibilità, efficienza e responsabilità.

I) Al fine di proteggere l’atto medico, che è sempre un atto di coraggio e mai dovrà essere di paura, lo Stato ne deve perseguire la qualità facendosi carico della copertura in termini di responsa-

Riformare la selezione ai corsi di laurea sia per i medici sia per i sanitari

bilità civile professionale del personale dipendente e convenzionato del Servizio Sanitario Nazionale.

In tal senso proponiamo di coordinare, anche dal lato etico e deontologico, gli attuali rapporti istituiti in tutti i settori della comunicazione.

Riteniamo utile organizzare sia a livello Nazionale sia a livello Regionale "SOS Salute", con il motto "noi siamo per dare e non per prendere", con appositi numeri verdi e domande e risposte accuratamente selezionate nei due servizi.

A questo punto occorrerà instaurare la valutazione del grado di professionalità degli amministratori, dei medici e di tutti i sanitari ogni 5 anni, avvalendosi anche di sistemi oggi in possesso e svolti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Luoghi di cura.

A) Chiusura dei piccoli ospedali e creazione di una rete di distretti sanitari, con più funzionali servizi integrati socio-sanitari, di poliambulatori specialistici e di presidi territoriali di primo soccorso;

B) trasformazione di piccoli ospedali in presidi sanitari di primo livello, fortemente ancorati al territorio con ampio coinvolgimento

assistenziale dei medici di famiglia;

C) creazione di ospedali di eccellenza, terminali di una rete di ospedali di I e II livello (modello "a stella");

D) in tutti gli ospedali migliorare i servizi alberghieri affidati a personale specializzato, creando appositi dipartimenti della qualità e del comfort. Il direttore dei servizi di accoglienza e dei relativi servizi, potrebbe essere benissimo anche un ex direttore d'albergo;

E) controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni;

F) verifiche del rispetto dei tetti di spesa programmati per medici prescrittori con incentivi economici sui risparmi (cosiddetto "gatekeeper");

G) integrazione fra i servizi specialistici ambulatoriali interni distribuiti sul territorio con i servizi specialistici ospedalieri usando centri di prenotazione unici.

Certificati medici. Il problema dei cosiddetti certificati "facili" potrebbe essere risolto, come avviene in altri Paesi europei, autorizzando il lavoratore ad autocertificarsi i primi tre giorni di malattia. Sarebbe un'iniziativa molto seria e responsabile.

Farmaci. a) Promuovere l'utilizzo dei "generici"; b) commercializzazioni di confezioni personalizzate e confezioni monodose; c) linee-guida sulla prescrivibilità dei farmaci.

Emergenza. Realizzazione di una rete territoriale di presidi sanitari con servizi di autoambulanza afferenti strutture ospedaliere; potenziamento del servizio di elisoccorso e creazione del cabotaggio sanitario marittimo.

Rapporto tra pubblico e privato. Fermo restando che la Sanità deve essere un servizio pubblico (non statalista), bisogna favorire lo sviluppo dell'imprenditoria privata che però non deve essere speculativa. Il privato sarà di "qualità" se il pubblico verrà adeguatamente rafforzato.

Massima integrazione tra il pubblico ed il privato accreditato.

Dalla scuola all'università. Il nuovo Ministero dovrà stringere accordi precisi con Università e Regioni, per risolvere gli intricati problemi relativi alla formazione degli operatori sanitari sotto i vari profili. Per arrivare a risultati positivi, dovranno essere introdotti test psico-attitudinali nelle selezioni per l'iscrizione ai corsi di laurea.

Specializzazioni e corsi universitari. Revisione e drastica riduzione degli elenchi delle specializzazioni mediche ed aumento dei corsi universitari per i medici di medicina generale. Ripristino dell'istituto della libera docenza.

Trasformazione di piccoli ospedali in presidi sanitari di primo livello

Ecm. Superamento dell'attuale sistema Ecm insoddisfacente per la formazione permanente.

Ordini. Aggiornamento della normativa relativa agli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, confermandone la natura politica e la finalità di tutela sia dei cittadini che dei professionisti iscritti.

Dovranno essere meglio identificati ed ampliati i loro compiti, snellendo le procedure elettive degli Organi e quelle di attività per il raggiungimento dei fini. •

Eolo Parodi



Superamento dell'attuale sistema Ecm insoddisfacente per la formazione



di Mario Falconi (*)

Quante volte in questo Paese abbiamo assistito a dibattiti televisivi, soprattutto in campagna elettorale, sulla precarizzazione del lavoro. Quasi sempre il fenomeno viene descritto come uno dei “temi fragili” del Paese, da affrontare seriamente. Abbiamo anche ascoltato esponenti delle istituzioni e rappresentanti dei partiti politici convenire che all’inizio dell’attività lavorativa, in particolare tra i giovani, la precarietà potrebbe dimostrarsi anche utile: cioè meglio il precariato che la disoccupazione.

Ma la precarizzazione, vale a dire la sua strutturazione per un arco temporale molto lungo, crea problemi non indifferenti. In primo luogo in chi la subisce non trovandosi nella condizione di poter tracciare un progetto di vita. In secondo luogo per l’intera collettività che rischia di avere servizi sempre più precari con tensioni sociali progressivamente crescenti.

Oggi la precarietà del posto di lavoro, se non feno-

meni di vero e proprio sfruttamento, sta destabilizzando anche la Sanità. Troppi sono i settori nel Servizio sanitario occupati da precari, a volte addirittura privi di un contratto. Presso gli Ordini riceviamo quotidianamente denunce da parte di colleghi per situazioni di vero e proprio sfruttamento. In molte strutture sanitarie i medici sono costretti ad effettuare turni di lavoro massacranti con retribuzioni orarie lorde risibili di circa 9/10 euro. Riteniamo che questa sia una delle questioni che va affrontata in modo prioritario, proprio perché – lo ribadiamo con assoluta convinzione – la precarizzazione rende vulnerabile ogni tipo di lavoro determinando effetti nefasti in ogni ambito compreso quello

**Ci sono casi
di medici pagati
nove euro lordi
l’ora per
massacranti
turni di lavoro**

Sanitario. L’opinione pubblica deve sapere che i medici sono sempre più costretti ad operare con gravi condizionamenti politici, in strutture spesso fatiscenti, senza riconoscimenti per il merito, con assurdi adempimenti burocratici e con forme di precariato sempre più diffuso con il quale si vuole surrogare il blocco delle assunzioni per stabili rapporti di lavoro. Ormai medici precari operano non solo nelle strutture private, ma anche in tutti i comparti del servizio sanitario nazionale quali cure primarie, specialistica ambulatoriale e delicati settori come l’emergenza, le unità di terapia intensiva e le chirurgie. Tale fenomeno si traduce, tanto per essere chiari, nell’aver medici, pur bravi e preparati, assolutamente demotivati e privi della indispensabile serenità con inevitabili ricadute negative per la tutela della salute dei cittadini. Non vanno peraltro sottovalutati i gravi riflessi negativi che si determinano sui livelli pensionistici. Arrivare sempre più tardi negli anni ad avere stabilità lavorativa non potrà far

conseguire pensioni almeno decorose. In tale contesto i medici che pur hanno contribuito in maniera efficace al progressivo allungamento della vita media di tutti i cittadini, rischiano di esserne vittime sacrificali, con paura motivata di dover vivere lunghi anni post lavorativi in condizioni di inevitabile fragilità economica. La nostra Fondazione è da tempo impegnata a percorrere, in nome della indispensabile solidarietà a favore di tutti i propri azionisti medici e odontoiatri, la strada, pur difficile, del conseguimento di tutte le possibili “tutele”. Tuttavia la sua azione non sarà sufficiente se non accompagnata da politiche tendenti ad accorciare il periodo di ingresso in uno stabile e dignitoso lavoro e con una più adeguata cultura previdenziale, soprattutto dei giovani colleghi, affinché possano e sappiano, anche attraverso scelte individuali, costruirsi un futuro previdenziale più stabile e sicuro. •

(*) Vice presidente
vicario Enpam

Memorandum per ricominciare

di Alberto Oliveti (*)

Per la Fondazione Enpam sarebbe già una buona partenza che con il nuovo governo si ripartisse da quel memorandum tra i vertici uscenti del ministero del Lavoro ed i rappresentanti delle Casse privatizzate, condiviso prima della recente tornata elettorale.

Il memorandum, inviato per adesione al ministero dell'Economia e Finanze, è infatti una piattaforma per il riordino organico della normativa che disciplina gli Enti previdenziali privati basata sul riconoscimento di alcuni punti fermi:

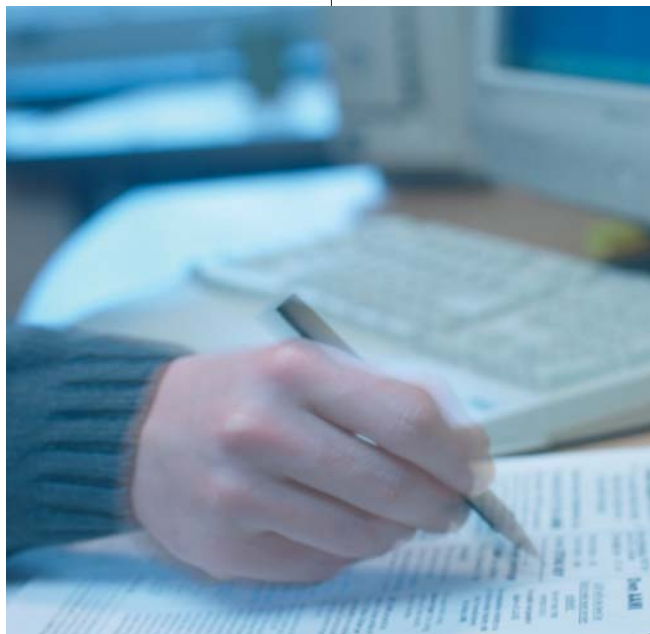
- la natura privata delle Casse di cui è ribadita e rafforzata l'essenza, con un modello regolato e partecipato di autonomia delle stesse nello svolgimento della propria funzione pubblica finalizzata alla sostenibilità delle gestioni e con controlli di merito tipo quello cui sono sottoposte le public utility USA dell'energia elettrica o dell'acqua.
- L'auspicio di una progressiva abolizione e riduzione della tassazione del capitale, con conseguente tassazione solo delle pensioni erogate, l'introduzione di regole partecipa-

te e riconoscibili di efficienza usando criteri condivisi di redazione dei bilanci ed indicatori sintetici e comparabili di risultato e su sinergie di scopo e di scala per il contenimento dei costi amministrativi.

- Di fatto una distinzione precisa tra la finalità pubblica, i mezzi privati per perseguirla ed il controllo di garanzia dello Stato, interessato alla corretta espressione della funzione, e non agli strumenti necessari per esercitarla. Sarebbe un modo per ridurre quella indebita ingerenza della politica che spesso sembra dimenticarsi di quanto prescritto dall' art. 38 della Costituzione della Repubblica

italiana, che ai compiti previsti per assistere gli inabili al lavoro e per tutelare i lavoratori debbano provvedere organi ed istituti predisposti od integrati dallo Stato, e non lo Stato stesso.

- La Finanziaria 2007 con il successivo decreto interministeriale dei ministeri del Lavoro e dell'Economia e Finanze, che ha esteso l'orizzonte temporale di equilibrio delle Casse senza alcuna gradualità da 15 a 30 anni, la mancata considerazione delle specificità demografiche, gestionali ed economico-finanziarie delle singole Casse per la redazione dei bilanci tecnici, l'ancoraggio forzoso del tasso di redditività



del patrimonio al tasso di interesse del debito pubblico.

- Ed ancora, la tassazione del capitale accumulato ex lege a garanzia della sostenibilità delle gestioni che sottrae risorse per il pagamento delle prestazioni, quando la privatizzazione ha escluso le Casse dalla garanzia pubblica del trasferimento finanziario dallo Stato in caso di squilibri.

Sono tutte espressioni di un sistema non regolato ma condizionato dal pubblico proprio quando i problemi di sostenibilità ed adeguatezza più risaltano nella proiezione temporale delle gestioni.

- Obbligo di iscrizione e contribuzione come elemento fondante di un sistema solidale che deve garantire a tutti la pensione massima sostenibile, nel rispetto della correttezza tra contributi e prestazioni e nella convenienza per le generazioni subentranti a parteciparvi, confermando finché possibile diritti acquisiti e pro rata.

Questo deve essere l'obiettivo programmatico della Fondazione Enpam per il futuro.

L'applicazione come linee guida dei principi sanciti e condivisi nel memorandum sarebbe un elemento fondamentale per realizzarlo.

(*) *Consigliere Enpam*

Chi può presentare la domanda di pensione

di Ernesto del Sordo (*)

Gli iscritti che, avendo maturato i requisiti regolamentari richiesti, decidano di andare in pensione, ovvero i loro familiari superstiti che intendano fruire dei trattamenti pensionistici loro riservati, devono necessariamente inoltrare all'Enpam un'apposita domanda di pensione.

Esiste una specifica modulistica, variabile a seconda del tipo di prestazione che viene richiesta, che deve essere utilizzata dal futuro beneficiario per poter avere accesso alle prestazioni previdenziali ordinarie, di reversibilità, indirette e d'invalidità garantite dalla Fondazione.

Di regola, queste domande di pensione devono essere redatte e sottoscritte dall'interessato ed i moduli di pensione sono predisposti dall'Enpam in maniera tale da rendere inequivocabile l'identità del soggetto firmatario.

Come fare però a presentare la domanda di pensione nel caso in cui l'avente diritto si trovi nell'impossibilità, fisica o psichica, di poter firmare o sia giuridicamente incapace?

Se il beneficiario è un minore è sufficiente che la domanda di pensione venga redatta e sottoscritta dal genitore superstite il qua-

le, generalmente, è rappresentante dei propri figli. La domanda dovrà, invece, essere inoltrata dal tutore del minore nel caso in cui il genitore superstite non possa esercitare la potestà per decisione dell'Autorità giudiziaria. In tal caso il tutore dovrà aver cura di allegare il provvedimento di nomina, ovvero un'autocertificazione, redatta ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, attestante la propria qualifica.

Se l'interessato è stato dichiarato "inabilitato", (ai sensi dell'art. 415 c.c. viene dichiarato inabilitato il "maggior di età infermo di mente il cui stato non è talmente grave da far luogo all'interdizione"), la domanda di pensione potrà essere redatta e sottoscritta dal suo curatore il quale dovrà aver cura di allegare copia del provvedimento di nomina, ovvero autocertificazione, ex art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, attestante la propria qualifica.

Qualora invece l'interessato sia stato interdetto (ex

art. 414 c.c. viene interdetto il "soggetto che si trova in condizioni di abituale infermità di mente che lo rendono incapace di provvedere ai propri interessi") le suddette formalità dovranno essere espletate dal tutore. Anche quest'ultimo dovrà allegare copia del provvedimento di nomina, ovvero autocertificazione, ex art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, attestante la propria qualifica.

In nome e per conto di coloro che, per effetto di un'infermità o di una menomazione fisica o psichica, si trovino nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di poter provvedere ai propri interessi, la domanda di pensione potrà essere, inoltre, presentata dall'amministratore di sostegno, all'uopo nominato dal Giudice tutelare ai sensi dell'art. 404 c.c. All'amministratore di sostegno, nuova figura di protezione civilistica recentemente introdotta nel codice civile dalla legge n. 6 del 9 gennaio 2004, l'autorità giudiziaria può infatti conferire, anche in via temporanea, incarichi di tutela dei disabili proporzionati allo stato di bisogno del singolo soggetto. Anche l'amministratore di sostegno potrà quindi inoltrare la domanda di pensione in luogo dell'interessato medesimo purché pro-

duca copia del provvedimento di nomina, ovvero autocertificazione, ex art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, attestante la propria qualifica.

In caso di incapacità d'intendere o di volere temporanea, la domanda di pensione potrà infine essere redatta e sottoscritta anche da un terzo in favore dell'avente diritto (c.d. "gestione di affari altrui", artt. 2028 c.c. e segg.) a condizione che il gestore dichiari specificatamente che la richiesta viene formulata in nome e per conto del soggetto totalmente impossibilitato a presentare personalmente all'Enpam la propria istanza.

A corredo di detta domanda, che dovrà essere necessariamente ratificata dall'avente diritto in un momento successivo, non appena venga meno la causa che ha impedito la sottoscrizione del modulo (art. 2032 c.c.), dovrà, inoltre, essere prodotta copia di un certificato medico, rilasciato da apposita struttura sanitaria pubblica, da cui si evinca l'esistenza dello stato patologico dell'interessato.

Con le varie soluzioni sopra prospettate si è voluto fornire un panorama generale sull'argomento. Tuttavia, nei casi più specifici, si consiglia sempre di rivolgersi alla Fondazione: gli uffici dell'Enpam garantiscono infatti tutta l'assistenza necessaria per la tutela degli interessi legittimi dei propri iscritti e dei loro familiari superstiti. •

(*) Vice direttore Enpam

Se l'interessato è "inabilitato" la domanda di pensione potrà essere sottoscritta dal suo curatore

Libera professione e previdenza Enpam

La recente costituzione del "FondoSanità" consentirà di diversificare ed incrementare gli investimenti dei colleghi. L'iniziativa, oltre ai medici e gli odontoiatri, interessa anche altre categorie del settore sanitario

di Paolo Oriana (*)

Il quotidiano confronto con i colleghi mi ha dimostrato un crescente interesse della categoria dei liberi professionisti per le tematiche previdenziali. Probabilmente ciò è dovuto al fatto che le riforme in materia pensionistica sono costantemente in primo piano nella discussione politica nazionale, come ha dimostrato la recente trasposizione nella legge 24 dicembre 2007, n. 247 del "Protocollo sul Welfare", firmato nel luglio 2007 da governo e parti sociali.

re nazionale non incidono sulla realtà previdenziale dei medici e degli odontoiatri liberi professionisti. Infatti, come è noto, l'Ente cui è affidata la gestione dei contributi e dei trattamenti pensionistici di tali categorie è la Fondazione Enpam, alla quale la legge garantisce la più ampia autonomia organizzativa e regolamentare.

Mi sembra opportuno, pertanto, descrivere brevemente l'attuale disciplina della previdenza Enpam inerente i liberi professionisti, anche al fine di garantire ai colleghi scelte sempre più informate e consapevoli in ambito previdenziale.

Il primo rapporto fra il medico o l'odontoiatra e l'Enpam si instaura al momento dell'iscrizione all'Albo professionale. A seguito di essa, infatti, nasce l'obbligo di versare il contributo "Quota A" del Fondo generale, dovuto in misura fissa per fasce di età.

Per l'anno 2008 sono dovuti i seguenti importi:

- euro 178,86 fino a 30 anni di età;
- euro 347,19 dal compimento dei 30 fino ai 35 anni di età;
- euro 651,52 dal compimento dei 35 fino ai 40 anni di età (ovvero fino a 65 anni per gli iscritti a contribuzione ridotta in base a previgenti normative);
- euro 1.203,24 dal compimento dei 40 fino ai 65 anni di età.

A fronte del suddetto obbligo, l'Enpam assicura all'iscritto, sin dal primo anno di contribuzione, un'ampia copertura previdenziale. In particolare, in caso di inabilità assoluta e permanente all'esercizio della professione viene garantito un trattamento pensionistico complessivo annuo minimo (comprese eventuali pensioni erogate da altri Enti) pari, per l'anno 2008, a euro **13.339,51**.

Anche in caso di decesso le quote di pensione spettanti al nucleo familiare superstite (moglie, figli, etc.) sono calcolate sulla base del suddetto minimo.

Tutti gli iscritti agli Albi inoltre sono tenuti, fino al 65° anno di età, al versamento di un contributo

annuo di euro 30,00, finalizzato a garantire la copertura finanziaria delle indennità erogate dall'Ente alle colleghe libere professioniste nei casi di maternità, adozione o aborto.

I liberi professionisti che producono un reddito inferiore a euro 5.130,08 indicizzati (se di età inferiore ai 40 anni) ovvero a euro 9.474,32 indicizzati (se di età superiore a 40 anni) non sono tenuti a corrispondere nessun altro contributo. Qualora i compensi percepiti siano superiori, è dovuto sulla parte eccedente i suddetti limiti il contributo "Quota B" del Fondo Generale.

Tale contributo è calcolato nella misura del 12,50% fino al reddito di euro 50.610,82, mentre sui compensi superiori a tale importo il contributo è pari all'1%, di cui lo 0,50% utile ai fini pensionistici. L'ulteriore quota dello 0,50%, a seguito dell'approvazione di un apposito Regolamento e grazie alla solidarietà della categoria, viene utilizzata per finanziare le prestazioni aggiuntive riservate ai contribuenti alla "Quota B" del Fondo di previdenza generale in possesso dei relativi requisiti reddituali (sussidi per inabilità temporanea, sussidi straordinari aggiuntivi per invalidità, sussidi continuativi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare, etc.).

Dopo l'esposizione degli obblighi contributivi, la



Nella maggior parte dei casi, tuttavia, le modifiche normative introdotte dal legislatore

domanda che viene spontanea è la seguente: “*Ma dopo una vita di lavoro e di versamenti contributivi, quale sarà la mia pensione?*”.

La prima cosa da dire, a tale proposito, è che le pensioni Enpam sono calcolate in funzione dei redditi prodotti nel corso dell'intera vita contributiva: esse sono pertanto commisurate all'entità dei compensi percepiti e, conseguentemente, dei contributi versati. Quindi, diversamente dal sistema previdenziale generale (Inps, ovvero Inpdap per i dipendenti pubblici), la pensione non viene determinata sulla base dei redditi prodotti negli ultimi anni di attività (c.d. *sistema retributivo*, eccessivamente generoso nei confronti dei pensionati) e neppure sulla base del montante dei contributi rivalutati versati nell'arco dell'attività lavorativa (*sistema contributivo*, in vigore dal 1995 e molto penalizzante per gli iscritti).

Facciamo un esempio concreto. Un odontoiatra, nato nel 1966, iscritto all'Albo nel 1990, contribuente al Fondo di Previdenza Generale a partire dal 1995 (fino a tale anno gli Odontoiatri non erano iscritti all'Enpam), quanto percepirà di pensione al 65° anno di età?

I contributi complessivamente versati alla “Quota A” (pari a meno di euro 35.000, interamente dedotti dal reddito ai fini Ir-

pef) assicureranno una quota di pensione annua di circa euro 4.265 lordi (tutti i valori sono espressi in termini monetari di oggi).

Ipotizzando un reddito medio annuo (al lordo dell'Irpef) pari a circa euro 60.000, la pensione derivante dai contributi versati alla “Quota B” sarà pari a circa euro 27.500 annui lordi. I contributi totali versati alla “Quota B” nei 36 anni di iscrizione (1995-2031) saranno pari a meno di euro 200.000 (circa euro 5.500 all'anno), anch'essi interamente dedotti dal reddito ai fini Irpef (tutti i valori sono espressi in termini monetari di oggi). La pensione garantita dal Fondo di previdenza generale (Quota A e B) sarà quindi pari a circa euro 31.765,00 annui, con un rateo mensile di circa euro 2.650 lordi.

In poco più di 7 anni, pertanto, la pensione erogata assicurerà la completa restituzione dei contributi a suo tempo versati.

Ovviamente, qualora il professionista voglia incrementare il proprio trattamento pensionistico, può attivare i diversi istituti facoltativi messi a disposizione dal Regolamento del Fondo:

- il riscatto dei periodi di studio relativi alla laurea ed alla specializzazione (fino ad un massimo di 10 anni);
- il riscatto – fino ad un massimo di 10 anni – del periodo precontributivo, cioè dell'attività professionale svolta prima dell'inizio della contribuzione “Quota B” (1990 per i laureati in Medicina, 1995 per i laureati in Odontoiatria);
- il riscatto dei periodi servizio militare obbligatorio o servizio civile;
- il riscatto di allineamento contributivo.



Mi pare opportuno evidenziare, a tale proposito, che accedendo su base volontaria ai suddetti strumenti, i colleghi possono perseguire un duplicato obiettivo: da una lato, aumentare il trattamento pensionistico di cui godranno al 65° anno di età, dall'altro usufruire immediatamente del beneficio fiscale derivante dall'integrale deducibilità dal reddito dei contributi versati volontariamente alle forme di previdenza obbligatorie (art. 10, comma 1, lett. e del Testo Unico delle Imposte sui Redditi).

Ricordo, infine, che a seguito della recente costituzione di *FondoSanità*, il Fondo pensione complementare per gli esercenti le professioni sanitarie – di cui l'Enpam è stato Fonte Istitutiva – è stata offerta ai colleghi una interessante possibilità di diversificare ed incrementare ulteriormente i loro investimenti in ambito previdenziale.

Tale Fondo, oltre che ai medici e agli odontoiatri è aperto all'adesione di altre categorie professionali operanti nel settore della Sanità e, quindi, si rivolge ad una platea di potenziali aderenti particolarmente numerosa, garantendo commissioni di gestione inferiori rispetto ai Fondi aperti, con positivi effetti sui rendimenti accumulati, nel capitale e nella rendita vitalizia.

(*) Consigliere Enpam

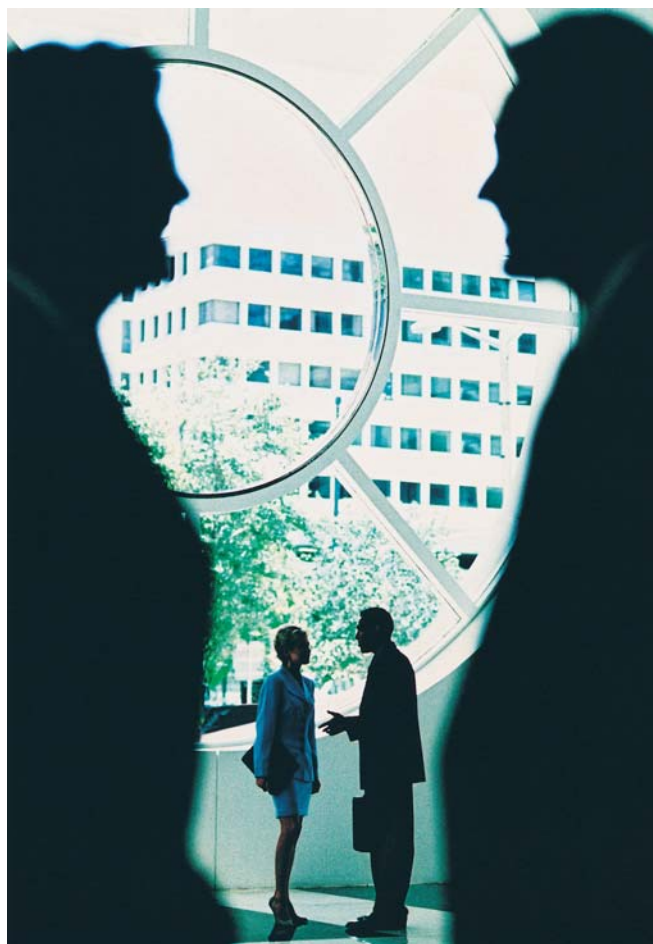
Inquadramento previdenziale della dirigenza medica

di Vittorio Pulci (*)

A seguito dell'attivazione del controllo incrociato con i dati in possesso dell'anagrafe tributaria, sono pervenute numerose richieste di chiarimento in merito al corretto inquadramento ai fini previdenziali dei compensi percepiti dai dipendenti del Ssn per lo svolgimento delle attività libero professionali previste dal Ccnl della dirigenza medica.

Si rileva, preliminarmente, che ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del Regolamento del Fondo di previdenza generale sono soggetti a contribuzione presso la "Quota B" il reddito derivante dall'esercizio, anche in forma associata, della professione medica odontoiatrica e tutti "i compensi, anche se equiparati ai fini fiscali ai redditi di lavoro dipendente, che derivano dallo svolgimento di attività attribuite all'iscritto in ragione della sua particolare competenza professionale".

In applicazione e nel rispetto dei principi enunciati nel d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, l'attività professionale dei dirigenti medici ha ricevuto espressa disciplina nella parte III, titolo I del contratto collettivo nazionale sottoscritto l'8 giu-



gno 2000 e successive integrazioni (contratto collettivo del 3 novembre 2005).

L'art. 54 comma 4 del contratto, in particolare, dispone che "per attività libero professionale intramuraria... si intende l'attività che detto personale individualmente o in equipe, esercita... fuori dell'impegno di servizio in regime ambulatoriale, ivi comprese le attività di diagnostica strumentale e di labora-

torio, di day hospital, day surgery o di ricovero, nonché le prestazioni farmaceutiche ad esso collegate, sia nelle strutture ospedaliere che territoriali...".

Quando si parla di attività libero professionale svolta dai dirigenti del ruolo sanitario, si è quindi soliti pensare a quella – svolta individualmente o in equipe – che si caratterizza per lo svolgimento all'interno della struttura aziendale di prestazioni a pagamento a

favore dell'utente. Tuttavia, l'art. 55 del Ccnl in parola individua ulteriori tipologie di attività libero professionali, quali, ad esempio:

- l'attività a pagamento richiesta dai singoli utenti e svolta (individualmente o in equipe) in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale ovvero in altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione con la stessa;
- l'attività a pagamento richiesta da soggetti terzi all'azienda e svolta all'interno delle strutture aziendali anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa;
- l'attività a pagamento richiesta dall'azienda ai propri dipendenti, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale o al fine di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive soprattutto in carenza di organico e di impossibilità, anche momentanea, di coprire i relativi posti.

I redditi percepiti per lo svolgimento delle attività sopra elencate sono assimilate, ai fini fiscali, ai redditi di lavoro dipendente (art. 50, comma 1, lett. e, del Tuir – Dpr 22 dicembre 1986, n. 917). In sede di compilazione della certificazione unica dei redditi di lavoro dipendente e assimilati (Cud), quindi, le Aziende sanitarie hanno l'obbligo di inserire nella parte "B" relativa ai dati fiscali:

- al punto 1), i soli com-

pensi corrisposti per lo svolgimento dell'attività di lavoro dipendente;

– al punto 2), i compensi corrisposti per lo svolgimento delle diverse forme di attività libero professionale previste dal Ccnl dell'area della dirigenza medica.

Come evidenziato nella parte "C" del Cud – relativa ai dati assistenziali e previdenziali – le Aziende sanitarie non effettuano alcuna trattenuta a favore dell'Inpdap sulle somme corrisposte per le attività di cui al punto 2) della parte "B".

La Direzione centrale delle prestazioni previdenziali dell'Inpdap, infatti, con nota interna del 5 maggio 1998 ha espressamente affermato che gli emolumenti realizzati per lo svolgimento delle attività libero professionali in parola sono assoggettabili esclusivamente a contribuzione presso l'Enpam.

Con successiva nota prot. 9PS/83687/MED-V-44 del 16 novembre 1999 indirizzata alla Fondazione Enpam, anche il ministero del Lavoro e della Previdenza sociale ha ribadito che i redditi percepiti per lo svolgimento delle suddette attività sono soggetti a contribuzione previdenziale presso l'Enpam e che l'assimilazione ai redditi di lavoro dipendente ha valenza esclusivamente ai fini fiscali.

Dalle considerazioni sin qui esposte emerge, pertanto, che i redditi percepiti per lo svolgimento del-

Prorogata a luglio la riapertura dei termini per l'accesso alla contribuzione ridotta del 2%

le attività libero professionali previste dal Ccnl della dirigenza medica sono soggetti a contribuzione presso la "Quota B" del Fondo di previdenza generale Enpam.

Com'è noto, i dipendenti ospedalieri, in quanto dotati di altra copertura previdenziale obbligatoria possono chiedere di accedere al versamento nella misura ridotta del 2% in luogo dell'aliquota ordinaria del 12,50%. Molti di essi, tuttavia, hanno considerato i compensi percepiti per lo svolgimento delle suddette attività professionali non soggetti a contribuzione presso la "Quota B" del Fondo di previdenza generale, e conseguentemente hanno ritenuto non necessario presentare domanda di contribuzione nella misura del 2%.

Accertata l'imponibilità dei suddetti emolumenti, tali professionisti hanno provveduto tempestivamente a denunciare le somme percepite nelle annualità successive richiedendo, almeno per le ulteriori annualità, l'applicazione dell'aliquota ridotta.

Con delibera n. 56/2007, il Consiglio di Amministrazione dell'Ente ha accolto

tale richiesta confermando, tuttavia, l'irrogazione delle maggiorazioni previste dal vigente Regolamento del regime sanzionatorio. Tenuto conto delle difficoltà interpretative riscontrate e del notevole interesse manifestato dalla categoria – nella seduta del 9 maggio 2008 – il Consiglio di Amministrazione ha quindi stabilito di prorogare al **31 luglio 2008** la riapertura dei termini per l'accesso alla contribuzione ridotta del 2% prevista dalla delibera in parola.

Giova rilevare, inoltre, che le aliquote previste dal Regolamento del Fondo di previdenza generale (12,50% e 2%) per il versamento del contributo dovuto alla "Quota B" sono di gran lunga inferiori a quella applicata dall'Inpdap sui redditi percepiti per l'attività di

lavoro dipendente (circa il 33%).

Si ricorda, infine, che oltre a determinare un incremento di pensione, il versamento del contributo "Quota B" consente, alla luce dell'integrale deducibilità dal reddito prevista dall'art.10, comma 1, lett. e), del Tuir, un risparmio d'imposta proporzionale all'aliquota marginale Irpef applicata.

A titolo esemplificativo, con un reddito complessivo annuo lordo di circa euro 80.000,00 ed un'aliquota marginale del 43%, ogni euro 1.000,00 versati a favore della "Quota B" garantiscono un incremento di pensione pari a circa **euro 140,00** lordi annui ed un beneficio fiscale di **euro 430,00**. •

(*) *Dirigente Enpam*



Specializzazione in medicina

di Marco Perelli Ercolini (*)

In passato per l'accesso alla Scuole universitarie di specializzazione, poiché la specializzazione veniva configurata più che altro come titolo accademico, non era richiesta né l'abilitazione all'esercizio professionale (esame di Stato) né, tanto meno, l'iscrizione all'Albo professionale.

Si ricorda, a tale proposito, come in passato per il primariato non fosse necessario neppure il titolo di specialista; in seguito, con le varie riforme, è poi divenuto titolo necessario per l'accesso alla digi-
genza.

Attualmente la specializzazione viene considerata come "istituto di avviamento professionale" in un campo specifico della medicina.

La legge 244/07 (art.2 comma 433) prevede l'ammissione alla Scuola solo a condizione del conseguimento della relativa abilitazione entro la data di inizio delle attività didattiche. Inoltre secondo la Fnomceo, poiché il corso è finalizzato all'apprendimento delle capacità professionali, inerenti al titolo di specialista mediante la frequenza programmata delle attività didattiche formali, e lo svolgimento di attività assistenziali funziona-

li alla progressiva acquisizione delle competenze previste dall'ordinamento didattico della scuola in conformità alle indicazioni dell'Unione Europea, l'iscrizione all'Albo professionale per i medici specializzandi sarebbe un requisito ineliminabile.

Va tuttavia tenuto presente che lo svolgimento delle attività pratiche previste dall'ordinamento con una graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi debbono sempre essere svolti con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal tutore.

Pertanto risulta censurabile l'utilizzazione per attivi-

tà sanitarie, anziché di medici strutturati, degli specializzandi e cioè di medici (generici) che frequentano un corso di specializzazione.

Infatti lo specializzando "partecipa" alle attività assistenziali (ovviamente con lo specialista strutturato) e le sue attività sono teoriche e pratiche di tirocinio finalizzato alla formazione, ma soprattutto "non può sostituire" lo specialista nei compiti di istituto perché non ha alcun rapporto di lavoro con l'ospedale tanto è vero che la norma prevede la copertura assicurativa da parte delle Università e non degli ospedali che nei loro compiti amministrativi detraggono solo il premio dalla borsa di studio. •

(*) Consigliere Enpam



Maternità, astensione obbligatoria

Prendiamo in considerazione cosa è previsto per le lavoratrici dipendenti negli ultimi due mesi di gestazione.

La legge prevede che la lavoratrice deve astenersi obbligatoriamente dal lavoro nei due mesi precedenti la data presunta del parto fino alla nascita del bambino oppure, qualora non vi siano pregiudizi per la salute della gestante e del nascituro, è possibile procrastinare di trenta giorni l'astensione dal lavoro per godere nel post partum il mese non usufruito.

Questa astensione non è prevista per le future mamme libero professioniste che, come tali, possono meglio autogestire le attività lavorative senza quei vincoli della dipendenza che impongono direttive, orari, programmi difficilmente conciliabili col loro stato. Il congedo di maternità è calcolato a tutti gli effetti ai fini dell'anzianità di servizio, delle ferie e della tredicesima mensilità ed è utile ai fini previdenziali (tfr/ips e pensione con copertura al 100%); inoltre è considerato attività lavorativa ai fini della progressione di carriera.

Per tutto il periodo del congedo di maternità, le lavoratrici hanno diritto nel settore pubblico all'intera retribuzione, nel settore privato con riduzione al-

l'80%, compresa la tredicesima mensilità.

Ovviamente sono esclusi gli emolumenti connessi all'effettiva presenza in servizio (ad esempio: lavoro straordinario).

Prima dell'inizio dell'astensione obbligatoria la lavoratrice deve presentare al proprio datore di lavoro e in caso di dipendenza privata anche all'Inps il certificato medico, rilasciato da un medico appartenente ad una Asl attestante la data presunta del parto. Nel caso in cui la lavoratrice scelga di limitare l'astensione ad un solo mese prima del parto dovrà presentare, oltre al certificato del medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato, il certificato del medico competente in materia di prevenzione e tutela della salute sui luoghi di lavoro attestante le buone condizioni di salute della gestante e del nascituro; in particolare i due certificati dovranno attestare che la scelta non pregiudica la salute della gestante e del nascituro.

Nell'ipotesi di una interruzione della gravidanza se l'evento, sia spontaneo o terapeutico, si verifica dopo il 180° giorno dall'inizio della gestazione, la lavoratrice usufruisce del congedo di maternità post partum di tre mesi. In que-

sto caso, infatti, l'interruzione di gravidanza viene considerata "parto" a tutti gli effetti.

Per accertare se l'interruzione di gravidanza sia avvenuta dopo il 180° giorno, si presume che il concepimento sia avvenuto 300 giorni prima della data presunta del parto, indicata nel certificato medico di gravidanza.

Decorsi i tre mesi di assenza obbligatoria dal lavoro, se le condizioni di salute della lavoratrice non le consentono di riprendere servizio, l'assenza sarà considerata come dovuta a malattia derivante dallo stato di gravidanza e, pertanto, non si cumula con le assen-

ze per malattia comune.

Dato che si tratta di congedo di maternità questo periodo è calcolato utile a tutti gli effetti ai fini dell'anzianità di servizio e delle ferie, ai fini pensionistici e previdenziali ed è considerato attività lavorativa ai fini della progressione di carriera.

La lavoratrice ha anche diritto all'intera retribuzione se pubblica dipendente o all'80% se opera nel settore privato, nonché alla tredicesima mensilità.

Ricordiamo che la lavoratrice deve presentare al proprio datore di lavoro, entro quindici giorni dall'aborto il certificato rilasciato da un medico della Asl attestante sia il mese di gravidanza durante il quale è avvenuto l'aborto, sia quale sarebbe stata la data presunta del parto. •

m.p.e.

È USCITA LA SECONDA EDIZIONE DI "LAVORATRICE MADRE MEDICO"

È stata realizzata la nuova edizione della pubblicazione "Lavoratrice madre medico" nella quale Eolo Parodi e Marco Perelli Ercolini illustrano tutti gli aspetti legislativi riguardanti la lavoratrice che è anche madre. A causa della consistente mole di aggiornamenti presenti in ambito legislativo e giurisprudenziale si è sentita la necessità di questa seconda edizione aggiornata al 31 marzo 2008. Ricordiamo che il lavoro, oltre alla pubblicazione sul sito www.enpam.it, è distribuito anche attraverso un CD-Rom che permette rapidamente di reperire informazioni sugli ultimi aggiornamenti legislativi in materia. Il tutto è completato dalla raccolta aggiornata delle leggi, delle circolari principali e dal glossario della terminologia utilizzata nel volume. I medici e gli odontoiatri che fossero interessati alla seconda edizione del CD-Rom possono rivolgersi alla Direzione generale dell'Enpam (tel. 0648294226/242/346 - Fax 06 48294345 direzione@enpam.it).



Dott.ssa Sandra Bertana

Sandra Bertana, specialista in chirurgia generale e chirurgia pediatrica, dal 1986 lavora presso l'Unità Operativa di Chirurgia pediatrica dell'Ospedale Maggiore di Bologna. Dal '96 esegue interventi di chirurgia funzionale su bambini affetti da Paralisi Cerebrale Infantile. Per migliorare le sue conoscenze ha frequentato per 6 mesi lo Shriners Hospital for Children, a Portland negli Stati Uniti, una struttura ove si eseguono esclusivamente interventi di ortopedia pediatrica. Il suo tutor è stato il professor M. Sussman ex presidente della Società di paralisi cerebrale infantile americana. Presso l'Ospedale Maggiore, la dottoressa Bertana lavora in collaborazione con un'equipe di fisiatra diretta dalla dottoressa Antonella Cersosimo (primario dell'U.O. di medicina riabilitativa pediatrica) ed esegue prevalentemente interventi chirurgici sui tessuti molli. Dal giugno del '98 sino alla fine del 2007 l'equipe ha operato 653 pazienti e sono stati eseguiti 1479 interventi di chirurgia funzionale

L'impegno di una vita, donare la speranza

di Carlo Ciocci

Parliamo di Paralisi Cerebrale Infantile?

Cominciamo con il dire che la Paralisi Cerebrale Infantile (PCI) ha un'incidenza piuttosto alta: due su mille nati vivi. Si tratta di una patologia eterogenea, che viene classificata in base alla distribuzione somatica del danno: tetraplegici, diplegici o emiplegici a seconda che il disturbo del tono muscolare e del movimento interessi in eguale misura tutti e quattro gli arti, in misura nettamente maggiore gli arti inferiori o solo un emilato corporeo. Riconosce inoltre un'espressività estremamente variabile dal punto di vista della capacità di acquisire ed organizzare la funzione motoria, con percorsi di sviluppo significativamente differenti e diversamente influenzabili dalle condotte terapeutiche. Si tratta di una patologia che si modifica nel corso dello sviluppo e nella quale, insie-

me al danno primario, imposto dalla lesione cerebrale, possono manifestarsi danni secondari (mancata o alterata acquisizione di competenze motorie, cognitive, relazionali ecc) e, nel tempo, danni terziari, rappresentati dallo sviluppo di deformità dell'apparato muscolo-scheletrico che riducono ulteriormente la possibilità delle strategie motorie necessarie per l'esecuzione di diverse funzioni quali ad esempio il cammino o l'utilizzo degli arti superiori. Il quadro clinico della Paralisi Cerebrale Infantile è molto eterogeneo, sono spesso presenti disturbi visivi (es. strabismo), crisi convulsive o alterazioni cognitive; spesso si riscontrano disturbi gastroenterologici quali il reflusso gastro-esofageo, disturbi cardiaci e respiratori, ecc. Si tratta di una patologia che riduce l'autonomia e peggiora la qualità di vita del bambino, quindi induce un'importante disabilità. Per tale motivo necessi-

ta di un approccio multidisciplinare generalmente costituito dal fisiatra, fisioterapista, chirurgo pediatrico, chirurgo ortopedico, anestesista, radiologo, neuropsichiatra, tecnico ortopedico, educatore, ecc.

Quando insorge la paralisi cerebrale nel bambino?

Come indica la definizione "...la Paralisi Cerebrale Infantile è una turba persistente ma non immutabile della postura o del movimento, dovuta ad una alterazione organica e non progressiva della funzione cerebrale, per cause pre-peri-post natali, prima che se ne completi la crescita e lo sviluppo". Il termine Infantile non circoscrive solamente un'età ma connota la specificità della Paralisi del bambino, come mancata acquisizione di funzioni, rispetto a quella dell'adulto, ove si ha una perdita di funzioni già acquisite. Quindi se la lesione cerebrale si verifica in un adulto si

osserva per esempio la perdita della funzione cammino, invece se si verifica in un bambino avremmo una mancata/alterata acquisizione della funzione cammino. In realtà il sistema nervoso centrale del bambino, a differenza di quello dell'adulto, presenta una maggiore plasticità, per cui se è opportunamente stimolato è in grado di organizzare comunque alcune funzioni utilizzando strategie differenti. Ma come ci insegna il prof. Adriano Ferrari se "un guidatore maldestro utilizza una autovettura in modo incongruo imparerà sicuramente a guidare, ma nel tempo l'autovettura avrà tali danni che la renderanno inutilizzabile"; nella stessa maniera il bambino utilizza gli arti inferiori per imparare a camminare, ma le deformità secondarie frutto dello schema patologico imposto dalla lesione cerebrale lo porteranno nel tempo alla perdita del cammino. La chirurgia funzionale ha l'obiettivo di ridurre al minimo "i danni all'autovettura" agendo sulle deformità articolari/ossee e quindi favorendo l'acquisizione di una funzione o il miglioramento/mantenimento della stessa. Inizialmente ci si accorge di questa malattia, soprattutto nelle forme gravi, perché il bambino ha un'alterazione del tono muscolare e una difficoltà a reagire alla forza di gravità e quindi a mantenere stabilmente la postura, come ad esempio nello stare seduto, oppure fatica a "tirare su" il capo, ha difficoltà a gattonare eccetera. Quindi il bambino si trova nell'impossibilità di fruire pienamente del proprio corpo, assume delle posture

obbligate che comportano nel tempo la comparsa di deformità articolari e ossee.

Il vostro intervento a che cosa mira?

La chirurgia funzionale è inserita all'interno di un Progetto Riabilitativo multidisciplinare in associazione ad altri strumenti terapeutici quali la fisioterapia, le ortesi e i farmaci. L'intervento chirurgico, deciso in equipe con obiettivi condivisi, mira a favorire l'acquisizione o mantenere stabile nel tempo una funzione, ad esempio la capacità di mantenere la stazione eretta o il cammino ecc. Ad esempio, alcuni bambini affetti da Diplegia camminano con le ginocchia flesse; un intervento di allungamento dei tendini che flettono le ginocchia (ischio-crurali) comporta l'estensione degli arti inferiori facilitando il cammino. Ovviamente, nella logica del progetto riabilitativo multidisciplinare, dopo l'intervento chirurgico è indispensabile l'esercizio terapeutico.

L'indicazione chirurgica viene definita e condivisa in equipe durante una visita collegiale composta dal chirurgo pediatra, fisiatri, fisioterapisti e talvolta dall'ortopedico. L'indicazione viene completata con una ultima valutazione che si fa in sala operatoria, in narcosi, in quanto l'abbattimento del tono muscolare consente di valutare esattamente quanto è realmente retratto il tendine. Questa valutazione è indispensabile per evitare di eccedere nell'allungamento tendineo, condizione che può comportare una insufficienza muscolare. Il chirurgo agisce sulle strutture mec-

caniche del muscolo e sul riflesso da stiramento ma "non lo governa". Il riflesso da stiramento è inibito dalla narcosi e quindi è necessaria molta prudenza. Ad esempio se un bambino ha un piede equino e si allunga il tricipite surale eccessivamente si potrebbe ottenere una deformità opposta cioè il talismo che comporterebbe un peggioramento della performance deambulatoria. A volte si preferisce sottoporre il paziente a diversi interventi invece di rischiare danni maggiori difficilmente recuperabili.

Quali risultati riuscite ad ottenere?

Dipende dalla gravità della forma clinica. I tetraplegici difficilmente raggiungono la capacità di camminare (ovviamente mai autonomamente ma con ausili) e quindi gli obiettivi spesso riguardano il miglioramento della postura seduta e la facilitazione della gestione delle cure igieniche da parte dei portatori di cura. Infatti, spesso, le deformità a cui vanno incontro questi pazienti riguardano l'adduzione delle anche che limita la possibilità di una igiene adeguata. Altro obiettivo per i bambini più gravi è la riduzione del dolore che può comparire secondariamente alle deformità, soprattutto quando si tratta di lussazione delle anche.

Spesso, i pazienti tetraplegici presentano una spasticità talmente importante che è necessario utilizzare un farmaco miorilassante che agisca a livello midollare. Questo si ottiene mediante l'impianto di una pompa programmabile ad infusione di

un miorilassante. Questa viene impiantata in una tasca sottocutanea o sottofasciale nell'addome, collegata con un catetere che viene introdotto direttamente a livello intratecale, tramite un accesso lombare, ed è in grado, in base all'altezza in cui viene posizionato, di ridurre la spasticità o solo a carico degli arti inferiori oppure anche al tronco e agli arti superiori. Si sono osservati miglioramenti anche nella comunicazione verbale e quindi nel linguaggio, anche se estremamente rari. La pompa ha al suo interno una batteria che dura in media dai sei agli otto anni e pertanto va sostituita perché, come per il paccemaker, il paziente la porterà per tutta la vita. Va periodicamente controllata mediante un piccolo computer palmare e ricaricato il serbatoio del farmaco.

I risultati in questi casi sono apprezzabili?

Direi di sì. Spesso otteniamo degli ottimi risultati con bambini che prima dell'impianto della pompa non erano capaci, per l'importante spasticità, di mantenere la posizione seduta.

Per quel che concerne i pazienti affetti da diplegia, l'obiettivo della chirurgia funzionale è quasi sempre l'acquisizione o il miglioramento/stabilizzazione della funzione deambulatoria e spesso otteniamo buoni risultati. Nell'emiplegico, poi, che è il meno grave anche da un punto di vista intellettuale, lo scopo della chirurgia è quello di mantenere un cammino abile o, nel caso degli arti superiori, facilitarne l'utilizzo funzionale.

Il rapporto con i genitori dei pazienti?

Apprezzano molto i progressi che riusciamo a ottenere con la chirurgia. Un esempio recente: la mamma di una bambina alla quale abbiamo impiantato una pompa mi ha riferito che finalmente dopo 5 anni (l'età della bambina) è riuscita, per la prima volta, a dormire tutta la notte perché finalmente la piccola non presentava più il costante dolore indotto dagli spasmi muscolari di cui era affetta. Anche queste sono le soddisfazioni del nostro lavoro, aiutare i nostri piccoli pazienti e, di conseguenza, i loro genitori nel difficile cammino che si trovano a percorrere. Purtroppo la nostra non è una chirurgia risolutiva, ma ha come principale obiettivo il miglioramento della qualità di vita dei nostri piccoli pazienti e dei loro genitori e devo sostenere con orgoglio che è un obiettivo che riusciamo a perseguire spesso.

Dottoressa Bertana, per un momento si spoglia della sua veste di medico: vivere quotidianamente tali situazioni che cosa comporta a livello emotivo? Ci si abitua a certe situazioni?

No, non ci si abitua. Il coinvolgimento è grande. Mi creda, mi confronto quotidianamente con genitori che definisco strepitosi; genitori che accettano di vivere una vita intera con un gravissimo e gravosissimo problema, genitori che sono molto spesso migliori di tanti altri che hanno la fortuna di avere dei bambini sani. Anche questo mi convince di una cosa, che se tornassi indietro tornerei a dedicarmi a questi bambini. •

Fare il medico, professione a rischio

di Antonio Gulli

Tra le tante lettere che il giornale riceve quotidianamente, e che pongono questioni serie, importanti e rilevanti per la categoria, alcune prendono il sopravvento. Dimostrano la forza di imporsi perché richiamano alla memoria problemi che sono stati rimossi per l'incalzare di contingenze, oppure perché turbano la

coscienza. Le tematiche si presentano tutte importanti; gli argomenti che si propongono sembrano mostrare tutti sia una certa urgenza sia una loro capacità di penetrare l'interesse generale. Lo spazio delle lettere - come tutti i direttori sanno - è un indicatore rilevante ai fini della valutazione del gradimento dei lettori. Quella che, in questa occasione, si è presa in considerazione, non solo ricopre un interesse generale per l'intera categoria dei medici ma, al contempo, si presenta come un atto di denuncia che travalica i destinatari dello stesso giornale. Non ha nulla a che fare con lo stretto esercizio della professione; essa ha a che fare con i rischi connessi all'esple-

tamento di un servizio che si nutre della professione medica. Riguarda tutti; esprime il più alto grado di sviluppo che un sistema sanitario può offrire: la continuità assistenziale. Questa - è opportuno ricordarlo - rappresenta quella cerniera che unisce cittadino e Stato nel momento del bisogno; quello spazio sociale che cerca di rispondere al bisogno di sicurezza in tema di salute e che garantisce all'individuo la presenza di una figura sociale in grado di affrontare in maniera competente l'urgenza nella quotidianità. Una lettera ricevuta in data 11 aprile, inviata dalla dottoressa Nadia Pace ci fa leggere: “Mentre espletavo il turno diurno sono stata aggredita e percossa da persone che si erano recate in guardia medica per cercare un ragazzo deceduto in un incidente stradale. Dopo avermi più volte colpita al capo con schiaffi, pugni e testate e tirato ripetutamente i capelli, mi hanno lasciata in strada priva di sensi”. Aggiunge la dottoressa Pace: “In tanti anni di servizio mi sono trovata spesso in situazioni difficili e pericolose, ma ho sempre affrontato tutto con determinazione. Adesso ho rischiato di non tornare più a casa e mi ritrovo assillata dalla paura”. In una successiva telefonata, la dottoressa raccontava che ancora oggi - a distanza oramai di qualche mese dall'accaduto - vive il suo servizio con il terrore che tutto ciò possa riverificarsi; con la paura concreta di non a tornare a casa dai suoi figli. Si sa che la memoria è la facoltà che più dimentica. Ma quando posta di fronte al ripetersi degli eventi essa diventa un'arma potente in grado di farci rivivere il dolore mal sopportato nel tempo. Il ricordo immediatamente ci riporta alla dottoressa Roberta Zedda, uccisa in Sardegna durante il servizio di continuità assistenziale (si veda: Il Giornale della Previdenza, 1/2004). In quell'accadimento il gesto criminale fu commesso da un tossicodipendente. Nel caso della dottoressa Pace la violenza ha affondato le sue radici nel-



La violenza assume il tono cupo della perdita di qualsiasi umanità



l'irragionevole furia mossa dalla perdita di un proprio caro. Nel caso della dottoressa Zedda - insignita del premio Mario Boni al 55° congresso svoltosi a Salsomaggiore dedicato a "Solidarietà e salute" - la violenza che le causò la morte all'età di soli 31 anni prese le mosse dalla sconnessione mentale prodotta dall'uso di droga. Si possono distinguere le forme di violenza? La violenza - nelle sue diverse manifestazioni - può essere attraversata dall'idea che, nel suo compiersi, distrugge sempre qualcosa di più della vittima. La violenza nega sempre di più di quanto essa stessa riesca ad immaginare. La violenza è un boato che riesce a penetrare nelle maglie più sottili; è una forma di profonda lacerazione che lascia sempre una cicatrice indelebile. Distaccata dal suo substrato strutturale; taciute le condizioni oggettive, la violenza in altro modo non può essere letta che istinto, moda, prurito, cupidigia di novità; essa in altro modo non può presentarsi che come un rigurgito prodotto dalla stramatura sociale che, non incanalata e repressa, assume le forme della criminalità. Ma non ha la potenza di desertificare la vita. Per la capacità di non riuscire ad autodistruggersi non può esigere nessuna forma di ragione - pubblica o privata che sia - e quindi venire giustificata. Quando essa si consuma ai danni di quegli attori che affondano le proprie radici d'esistenza nell'aiuto, nel soccorso e nella cura; quando questa si sceglie come destinataria, poi, una donna che declina il proprio essere se stessa nell'attenzione al prossimo; quando ad essere colpita è una professione che ha come scopo il sostenere la vita, la violenza assume ancora di più - di più di quanto sia possibile - il tono cupo della perdita di qualsiasi forma di umanità. Il *National institute of occupational safety and health* (Niosh) definisce la violenza nel posto di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel

Molti medici, soprattutto donne, non denunciano le violenze che subiscono

posto di lavoro". Le violenze contro i medici impegnati nella continuità assistenziale, purtroppo, non sono eventi episodici. Già una ricerca realizzata nel 2004 metteva in evidenza che otto medici su dieci avevano dichiarato di aver subito un atto di violenza fisica e psicologica durante il loro lavoro di guardia medica. Da quel rapporto già emergeva che tali violenze prendevano la strada delle minacce verbali (64%) e delle intimidazioni a mano armata (13%). Quasi sempre (89%) le violenze sono avvenute nelle sedi di guardia che sono spesso oggetto di atti vandalici. Ma la cosa più grave è che i "camici bianchi" di rado hanno sporto denuncia e che in Italia non esiste un vero e proprio osservatorio che rilevi con una certa sistematicità questi episodi di criminalità. Nel 2006 un sindacato di medici indicava le violenze di cui erano oggetto i medici come "un fatto di ordinaria quotidianità". Nel 2007 il ministero della Salute, pubblicò a tale riguardo una "Raccomandazione".

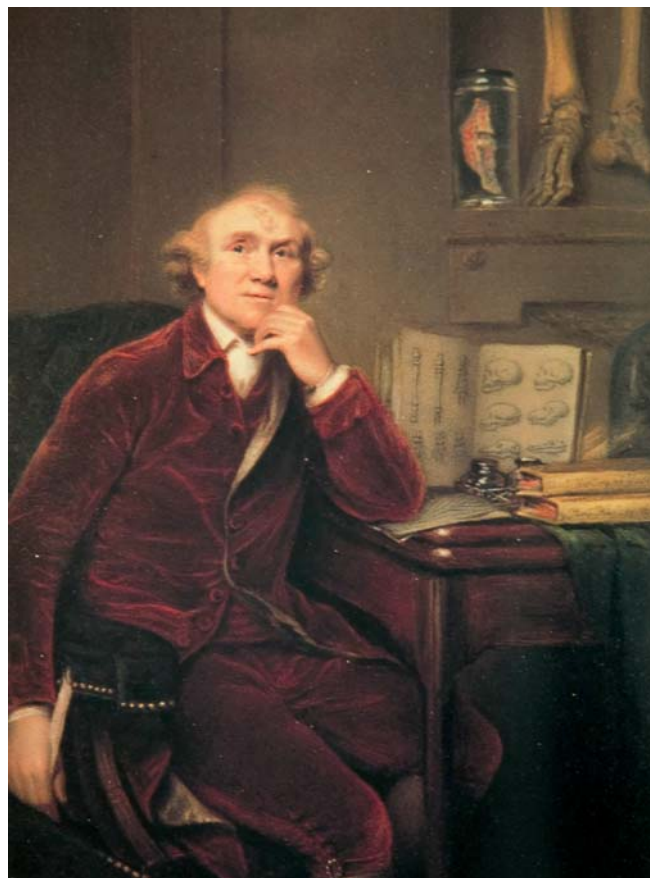
L'esperienza ci indica che le cose da fare si sanno. La lettera da cui ha preso le mosse questa riflessione ci indica, ad esempio, che è opportuno non fare i turni di guardia da soli; dotare le strutture di una doppia apertura; dotare le strutture stesse dei mezzi audiovisuali (telecamere-videocitofoni); istituire dei sistemi di allarme per avvisare le Forze dell'ordine (cellulare aziendale). Ma non solo. Si può aggiungere: avviare una campagna di informazione sui compiti e sulle funzioni dei medici di continuità assistenziale circa la prescrizione dei farmaci; offrire ai medici dei corsi di formazione al fine di acquisire quelle conoscenze in grado di anticipare gli episodi di violenza. Cioè offrire una conoscenza dei metodi psicologici di controllo dei pazienti aggressivi e dei sistemi per disinnescare le situazioni ostili. Per quanto riguarda il giornale - per quel poco che possiamo fare - chiediamo a tutti i medici di segnalarci questi episodi al fine di renderli pubblici. Per questo ringraziamo la dottoressa Pace, che attraverso la sua lettera ha riproposto con forza il problema della sicurezza nello svolgimento del proprio lavoro. La serenità nello svolgimento della propria professione è un prerequisito essenziale per chiunque. Diventa tanto più importante quando questa è richiesta per l'applicazione delle proprie competenze e conoscenze nel campo della salute. Il legittimo diritto alla tutela della sicurezza nello svolgimento del proprio lavoro - ci sembra opportuno ricordare, nel caso specifico - significa affermare la garanzia, da parte dei cittadini, ad un efficiente sistema sanitario. •

John Hunter, chirurgia in cammino

Fu sua la dimostrazione dei rami del nervo olfattivo, del trigemino e del decorso delle arterie nell'utero gravido. Tra le imprese più "clamorose" si registrò la legatura dell'arteria femorale in un caso di aneurisma popliteo

di Luciano Sterpellone

Agli inizi del 1700 l'anatomia patologica e la microbiologia stavano per muovere i primi passi, e tutto lasciava pensare che si sarebbero imposte quanto prima in modo definitivo e preminente nella scienza medica. Ma per questo bisognò attendere ancora circa un secolo: difatti, nonostante tante "spinte in avanti", i medici restavano tenacemente ancorati alle vecchie nozioni intrise di galenismo e medioevalismo: lo stesso Giovan Battista Morgagni, pilastro di una moderna visione della medicina, nelle sue *Istituzioni di medicina teorica* non si distaccava dalla moda dei predecessori e commentava ancora dopo secoli gli scritti di Ippocrate, Galeno e Avicenna. Nel 1700, comunque, a parte le prime significative innovazioni nelle tecniche chirurgiche, si verificò come fatto nuovo il riconoscimento di una maggiore dignità professionale ai chirurghi, i quali - sino ad allora posti poco al di sopra della categoria dei barbieri - vennero finalmente porta-



Ritratto di John Hunter

ti allo stesso livello dei medici. Ed emersero i nomi, tra gli altri, di Giuseppe Flajani e dei fratelli Hunter. Oltre che ostetrico (assistette la regina Carlotta nel parto del futuro Giorgio IV), il più anziano dei due, Wil-

liam (1718-1783), fu anche esperto di anatomia, scoprendo tra l'altro i dotti lacrimali e i tubuli seminiferi del testicolo. Nel 1768 costruì a Londra, a Great Windmill Street, a due passi da Piccadilly Circus, una

grande casa con un'aula per le lezioni, una sala per le dissezioni, e un museo. A lui si deve la monumentale opera *The Anatomy of Gravid Uterus*, contenente trentaquattro magnifiche incisioni. Ma i suoi meriti appaiono quasi modesti rispetto a quelli del fratello John, di un decennio più giovane di lui.

A 20 anni John Hunter cominciò ad aiutare il fratello nella sua sala di dissezione, trascorrendo per quattro anni ore e ore su migliaia di reperti anatomici umani e animali, e divenendo ancor più abile di lui: divenne così apprendista di Percival Pott (cui si deve la descrizione del "morbo" che porta il suo nome) al St. Bartholomew's Hospital. E quando si ammalò di tubercolosi, ritenendo che fosse dovuta all'aria mefitica delle sale anatomiche che respirava tutto il giorno, trascorse due anni come medico militare a Belle Isle, in Francia, ove acquisì grande esperienza con le ferite di guerra.

Tornato a Londra dopo che le sue condizioni di salute erano notevolmente migliorate, continuò le ricerche di anatomia, riuscendo a scoprire nuove strutture: è sua la dimostrazione dei rami del nervo olfattivo e del trigemino, del decorso delle

**Tale la sua fama
che nel 1776
fu nominato
chirurgo
straordinario del re**

arterie nell'utero gravido, e dell'esistenza dei vasi linfatici negli uccelli.

Dissapori familiari e futili gelosie di mestiere portarono però presto alla rottura del sodalizio fraterno. John si dedicò sempre più alla chirurgia, pur senza mai abbandonare la sua passione per il Museo di storia naturale che andava arricchendo con ogni ghinea che riusciva a risparmiare: al termine della sua vita vi aveva impegnato 70mila sterline, una somma enorme per l'epoca.

Tra i pezzi di maggior richiamo faceva bella mostra di sé lo scheletro del gigante irlandese Byrne (O'Brien). Quando era ancora in vita Byrne aveva lasciato scritto che dopo la morte il proprio corpo venisse rinchiuso in una cassa di piombo e gettato nel mare. Hunter riuscì però ugualmente a venire in possesso delle spoglie del gigante, corrompendo i guardiani del cimitero con le 500 sterline faticosamente raccolte in prestito tra gli amici. E poté così arricchire il suo museo, dove lo scheletro di Byrne fa ancora bella mostra di sé.

John Hunter è ricordato anche per un episodio curioso. Al suo tempo poco o nulla si sapeva in merito alla vera natura della gonorrea e della sifilide, e molti pensavano che esse non fossero malattie distinte, ma espressioni di una stessa malattia. Hunter era della stessa opinione, sostenendo che nel corpo non possono sussistere due malattie contemporaneamente.

Così, per chiarire definitivamente l'annosa *querelle* se il "veleno" causa della gonorrea fosse o meno identico a quello della sifilide, nel 1767 si inoculò il pus di un paziente di gonorrea. L'esperimento si risolse però in un giallo: l'ardito chirurgo si ammalò sia di gonorrea che di sifilide (che trattò con mercurio per oltre tre anni, ritenendosi poi guarito), e credette in tal modo di aver dimostrato che il "veleno" della gonorrea e quello della sifilide sono la stessa cosa. Ma la verità era un'altra: il paziente al quale egli aveva

prelevato il pus era a sua insaputa affetto... da entrambe queste malattie!

Nel 1776 John Hunter fu nominato chirurgo straordinario del re, e nel '89 generale chirurgo dell'esercito. La sua fama di grande chirurgo trovava continuo alimento nelle notizie che circolavano sulla sua perizia e inventiva tecnica. Tra le imprese più "clamorose" v'era la legatura (per la prima volta nella storia) dell'arteria femorale in un caso di aneurisma popliteo, che i chirurghi del tempo evitavano di operare nel timore di gravi complicazio-

ni postoperatorie. Ma Hunter conosceva molto bene l'anatomia, forte degli esperimenti condotti personalmente, dei quali uno riguardante lo sviluppo delle corna di un cervo: aveva legato una delle carotidi esterne che alimentano un corno non ancora del tutto sviluppato, e osservato che questo era divenuto completamente freddo; ma una settimana dopo esso aveva riacquisito il suo calore naturale in quanto l'arteria aveva spontaneamente sviluppato un circolo collaterale e ripreso ad irrorare il corno.

Convinto quindi che il circolo collaterale avrebbe assicurato la vitalità dell'arto dopo aver eseguito la legatura dell'arteria femorale nella coscia, Hunter eseguì questa prima operazione per aneurisma popliteo al St. George's Hospital nel dicembre 1795 in un cocchiere di 45 anni che soffriva da tre anni di una grave ischemia distale. Sei settimane dopo il paziente lasciò l'ospedale perfettamente in grado di camminare.

Il merito principale di John Hunter è stato quello di aver dato alla chirurgia solide basi scientifiche. "Da solo ha reso la chirurgia un'arte da gentiluomini", hanno scritto di lui. Grazie a Hunter questa disciplina cominciò ad essere considerata un ramo integrale della Medicina scientifica, fondata su solide basi quali la fisiologia e la patologia. Fu per suo merito che, da artigiani, i chirurghi si trasformarono finalmente in uomini di scienza. •



Chirurgo del XVIII secolo

Medici dello spazio a congresso

di Ezio Pasero

Sono più di un miliardo gli esseri umani che salgono ogni anno su un aereo. Un miliardo di persone provenienti dai più disparati angoli del globo che con loro trasportano da un Paese all'altro, da un continente all'altro, insieme ai loro indumenti e talvolta ai loro cibi, ai loro bagagli e magari ai loro animali,

anche germi, bacilli, virus e agenti infettivi di ogni genere. Non è il caso di allarmarsi, ma di vigilare sì. L'esplosione di Sars, la sindrome respiratoria acuta grave del 2003, ha mostrato come il viaggio aereo può avere un ruolo importante nella diffusione rapida di infezioni emergenti e potrebbe avviare potenzialmente anche pandemie intercontinentali. E anche la paura provocata da possibili attacchi bioterroristici ha fatto sì che i funzionari sanitari riesaminassero il potenziale rischio specifico legato alla problematica del volo.

Di questi e altri problemi che riguardano la salute di tutti noi, e non soltanto di temi specifici legati a quella degli astronauti, si discuterà dal 16 al 18 giugno prossimi a Roma durante i lavori del XXI Congresso nazionale dell'Aimas, l'Associazione italiana di medicina aeronautica e spaziale, organizzato in collaborazione con il Corpo sanitario aeronautico, che celebra quest'anno il suo settantesimo anno di vita. Un convegno ambizioso e complesso, molto articolato, con la partecipazione dell'Esam, la Società europea di Medicina aerospaziale, e dell'Asi, l'Agenzia spaziale italiana, e che vedrà i suoi relatori impegnati presso l'Aula Magna dell'Università "La Sapienza" e quella del Cnr, la sede suggestiva di Castel Sant'Angelo e l'aeroporto di Pratica di Mare. Nove le sessioni nelle quali sono suddivisi i lavori: "Me-

dicina e chirurgia in microgravità", "Lunga permanenza nello spazio", "Adattamento all'ipossia", "Oftalmologia Aeronautica", "Otorinolaringologia Aeronautica", "Fisiopatologia Aeronautica", "Salute pubblica e trasporto aereo" e "Emergenze aeroportuali". Temi, come si vede, che riguardano in gran parte le condizioni di salute tanto di chi vola in cabina di pilotaggio, quanto di coloro che siedono in cabina passeggeri; e che investono problemi sempre più importanti e attuali, come quelli della sicurezza del trasporto aereo e degli aeroporti.

"I lavori e gli interventi che animeranno il congresso non saranno confinati nell'ambito ristretto delle attività aerospaziali, ma riguarderanno argomenti di vasto e variegato interesse di medicina sociale", conferma il generale Manlio Carboni, presidente dell'Aimas e capo

del Corpo sanitario aeronautico. "Basti pensare, a questo proposito, a tutte le numerose e positive ricadute pratiche della sperimentazione e dell'impiego nel volo atmosferico e spaziale di biotecnologie innovative. Le missioni nello spazio rivestono insomma per i progressi della medicina e per la nostra salute lo stesso ruolo che hanno per l'industria automobilistica le gare di Formula Uno, nelle quali vengono sperimentati congegni e tecnologie da trasferire poi alle vetture di serie. Così, per esem-



Il generale medico Manlio Carboni

I passi in avanti della Medicina a seguito dei voli spaziali

pio, l'assistenza medica a bordo della Stazione spaziale internazionale fornisce un contributo importante allo sviluppo ulteriore dell'esplorazione umana dello spazio; ma il fatto di doversi confrontare con condizioni molto sfavorevoli e con un ambiente ostile, ha fatto sì che questa assistenza abbia fortemente privilegiato la medicina preventiva e gli interventi basati sull'analisi e la riduzione del rischio, ricorrendo a metodologie e tecniche poi applicate anche in altri ambienti ristretti, isolati o difficilmente raggiungibili sulla Terra". È questo il caso della chirurgia robotizzata a distanza e



La tuta indossata dall'astronauta italiano Roberto Vittori nella missione Soyuz

della telemedicina, che hanno trovato importantissime applicazioni nei teatri operativi in cui operano i nostri militari all'estero e nei soccorsi in casi di gravi catastrofi e incidenti, e che sono oggi al centro di importanti ipotesi sperimentali nello spazio, che saranno presentate nel XXI Congresso Aimas. Durante i voli spaziali, infatti, l'organismo è sottoposto a condizioni estreme che rappresentano una sfida alla medicina convenzionale così come è codificata sulla terra. Fino ad oggi, le missioni spaziali con equipaggio si sono svolte con periodi di permanenza anche prolungati sulla Stazione Spaziale Internazionale che orbita intorno alla Terra, e dunque il trattamento a bordo di eventuali eventi patologici è stato improntato a stabilizzare il paziente e riportarlo velocemente a casa per ricevere le cure definitive.

A questo proposito, tre Ufficiali medici dell'Aeronautica Militare, il tenente colonnello Francesco Torchia e i capitani Paola Verde e Angelo Landolfi, hanno già conseguito nel 2005 la qualifica di "Space Flight Surgeon" ("Medico Spaziale"), presso il Centro addestramento cosmonauti "Yuri Gagarin" di Star City, nei pressi di Mosca. È la prima volta al mondo che una nazione straniera avvia un simile progetto di collaborazione con il centro Gagarin. L'occasione del corso è stato il volo dell'astronauta italiano Roberto Vittori, colonnello pilota collaudatore dell'Aeronautica Militare ed astronauta dell'Agenzia spaziale europea. La "Missione Eneide", alla quale ha partecipato volando su una navicella russa "Soyuz", ha così rappresentato l'opportunità di addestrare al supporto delle attività spaziali i nostri medici, che hanno così imparato a selezionare e addestrare i cosmonauti, a gestire da terra i problemi sanitari in volo e a seguire la riabilitazione al rientro a terra.

Nel prossimo futuro, però, le missioni spaziali si estenderanno a viaggi più lunghi e sicuramente il rischio aumenterà in maniera proporzionale al prolungarsi delle missioni e all'allontanamento dall'orbita terrestre. In questo caso, eventi traumatici e patologici non potranno essere trattati con un rapido ritorno a terra, ma dovranno essere affrontati nell'ambito della missione. Anche la telemedicina e l'uso del robot operativo risulteranno compromessi, perché i ritardi nelle comunicazioni aumenteranno al punto da non renderli più utilizzabili, e la consapevolezza di queste difficoltà rappresenta un ulteriore stimolo per sviluppare nuove possibili forme di chirurgia nello spazio. Si parlerà dunque delle problematiche per la salute dei futuri colonizzatori della Luna e dei viaggiatori diretti verso Marte, nelle giornate del congresso dell'Aimas. Le nuove tecnologie e le soluzioni messe a punto serviranno però sempre di più anche a noi che resteremo qui, sulla cara vecchia Terra. •

L'importanza di aiutare il prossimo

Gli sforzi di un'associazione che propone la formazione nel campo della medicina cinese. Un'attività rivolta gratuitamente a medici e parasanitari di Paesi in difficoltà economiche e socio-sanitarie

di Sergio Perini (*)

Il motto di *Acupuncture sans frontières* (Asf) nasce da un antico proverbio cinese: "Non regalare un pesce a chi ha fame ma insegnargli a pescare". Da questa semplice riflessione nasce a Milano, grazie alla dottoressa Yvonne Mollard Brusini ed altri, questa associazione che ha come mission di proporre percorsi formativi nel campo della medicina cinese rivolti a medici e parasanitari dei Paesi in difficoltà eco-

nomiche e socio-sanitarie. A febbraio abbiamo concluso la seconda fase formativa su 27 medici malgasci ad Antananarivo, capitale del Madagascar, presso l'ospedale di Befelatanana.

A giugno dello scorso anno è iniziato un percorso didattico organizzato in tre step, caratterizzato da due settimane full immersion dal lunedì al venerdì di otto ore al giorno per un totale di 80 che al termine del terzo step farà un ammontare di 240 ore di forma-

zione teorico-pratiche. In particolare, al mattino sono state svolte lezioni teoriche sui paradigmi e sulla metodica diagnostico-terapeutica della Medicina tradizionale cinese (Mtc) mentre, nel pomeriggio, sono stati visti pazienti malgasci sui quali è stata fatta una diagnosi energetica con successivo trattamento agopunturale, dando l'opportunità ai colleghi presenti di sperimentare la tecnica di infissione degli aghi, previa la scelta degli stessi agopunti.

Il programma di questi due step si è svolto partendo dallo studio delle regole e dai paradigmi della Mtc, dallo studio dei punti e dei meridiani principali e secondari e gli otto meridiani meravigliosi, le regole diagnostiche e terapeutiche, la fisiologia degli organi e dei visceri (Zang-Fu) e la fisiopatologia degli stessi con lo studio delle Sindromi associate. A febbraio sono state aggiunte lezioni sulla tecnica polsi-caviglia, sulla Auricoloterapia e sul Qi Gong, psico-ginnastica cinese.

Hanno partecipato al primo step il dottor Leonardo Paoluzzi ed al secondo step il dottor Federico Canavesi. La terza ed ultima fase formativa verrà svolta in novembre/dicembre seguita da un esame di verifica.



Si sottolinea che la mission di Asf è di offrire gratuitamente l'insegnamento di una disciplina medica che i colleghi partecipanti si impegnano a utilizzare gratuitamente sui pazienti delle loro strutture ospedaliere o dei dispensari medici di villaggio.

Tutti i medici dell'associazione sono stati alloggiati presso la struttura dell'Istituto di ricerca botanica Ratsimananga di Itasoy diretto dal dottor Kiban Cheuk, il quale ha così dimostrato grande sensibilità laica al nostro progetto di formazione.

Notevole è l'impatto emotivo con la realtà socio-culturale della capitale malgascia che presenta subito contraddizioni forti con evidenti, sperequazioni e distorsioni socio-economiche.

I colleghi ci hanno fatto vi-

sitare anche i loro reparti ospedalieri che agli occhi di un medico occidentale lasciano sentimenti di frustrazione e di impotenza. Nel reparto di endocrinologia non hanno a disposizione l'insulina! Orribile vedere gli effetti devastanti su diabetici insulino-dipendenti non curati: cecità per microangiopatia retinica e perdita di arti per microangiopatia periferica. Potremmo definire demicisiana l'esperienza della dottoressa Lala Ravadhariso, ventiquattro anni di esperienza di reparto, che ogni sera fa il giro delle stanze dei degenti con una chitarra, regalatale da un paziente, per cantare assieme ai pazienti ridendo, piangendo e pregando con loro! Incredibile l'esperienza di colleghi che con la loro borsa da medico si avventurano a piedi per chi-

lometri su sentieri delle foreste per raggiungere villaggi lontani.

Allucinante vedere sulla strada e ai crocevia giovani ed anziani storpiati, con gravi danni agli arti da esiti della lebbra o da malattie congenite, chiedere la carità o ragazzine adolescenti con i loro piccoli sulla schiena chiedere agli stranieri "milk for children" ed invitarvi presso le farmacie per acquistare il latte in polvere per le loro creature.

Odioso è il vedere uomini occidentali maturi, di 60-70 anni, in pieno giorno, accompagnarsi a giovani donne malgasce che vendono per pochi Ariary il loro corpo, unica fonte di sostentamento.

In contr'altare il Madagascar, la "Grand Ile", tre volte l'Italia con circa 18 milioni di abitanti, offre

una natura, flora e fauna, inenarrabili con sorprese continue. Nonostante un ciclone in arrivo siamo riusciti ad osservare, - con grande interesse e curiosità, vari specie di lemuri, coccodrilli, serpenti, tartarughe, uccelli, camaleonti, farfalle. Inoltre abbiamo sentito il richiamo acuto dell'Indri, il più raro e più grande lemure del Madagascar.

Cosa dire? Ritengo che ogni medico debba fare un'esperienza di volontariato e mettere a disposizione la propria scienza e le proprie capacità professionali, cercando di rendersi utile nell'interesse di una comunità sofferente, affinché questa abbia la forza di risollevarsi recuperando autonomamente dignità e autosufficienza. •

(*) *Consigliere ASF Italia*



I medici dell'Acupuncture sans frontières al lavoro

“Nascita e crescita” dei genitori



La responsabilità di cura e di educazione dei figli, la genitorialità, che si apprende anche prima della nascita, viene acquisita ed esplicitata in tempi e modi diversi da madre e padre. Che cosa accade quando si diviene genitori “fuori tempo”

di Lina Vita Losacco

La responsabilità complessa di mantenere i figli, istruirli ed educarli, è riconducibile al concetto di genitorialità che in un certo senso definisce il ruolo del genitore con i diritti e doveri che esso comporta, sanciti nella Carta Costituzionale dei Diritti dell'Infanzia. Attraverso un processo di accompagnamento, sostegno e cura del figlio, la funzione di genitore si costruisce nel tempo a partire dalla relazione che si instaura con lui fin da prima della sua nascita, nonché dalla percezione delle sue esigenze e dei suoi biso-

gni, continui e diversi nel tempo. Per la coppia ci saranno nuovi impegni fisici, emotivi e responsabilità rilevanti che necessitano di un atteggiamento di condivisione indispensabile perché i due partner inizino in maniera efficace la nuova esperienza comune. Saper essere in relazione con l'altro in modo flessibile e creativo rappresenta il prerequisito per la nuova famiglia che deve affrontare vari processi di trasformazione, basti pensare alla riprogettazione degli aspetti pratici del vivere insieme o alla diversa percezione dell'*idea del figlio*, o al cambiamento dell'immagine di sé per entrambi i par-

tner che oltretutto hanno percorsi di vita differenti. La preparazione psicologica e materiale alla genitorialità comincia già durante la gravidanza, fase in cui i due genitori pensano concretamente al dopo: intanto devono affrontare due importanti processi di trasformazione, sviluppo del feto e preparazione all'esser genitori, quest'ultima non sempre completata al momento della nascita, come nel caso del parto prematuro. Inoltre i processi di preparazione dei due partner non sono sincroni, almeno ini-

zialmente; ad esempio il processo biologico della crescita del feto riguarda più la donna che “sente” la gravidanza prima dell'uomo; come sostengono alcuni autori (Cath SH, Gurwitt AR, Ross JM, 1982) i due partner acquisiscono sincronia e fanno progetti concreti sul bambino nel terzo trimestre o non appena l'uomo “vede” il feto attraverso l'ecografia o la modificazione vistosa del corpo femminile. Già da diversi anni gli studi riferiscono che il padre, non più figura periferica¹, ha un innamoramento im-

¹In passato la madre era l'unica responsabile dell'allevamento della prole nei primi anni di vita mentre il padre doveva sostenere il figlio nel processo di autonomia e agevolargli la separazione psicologica dalla madre.

mediato verso il figlio fin dai primi giorni di vita. L'*imprinting visivo* (Greenberg e Morris, 1982) facilita da subito la nascita della relazione padre-bambino (Venuti e Giusti, 1996). Gli studiosi hanno anche riscontrato che il padre, nell'occuparsi del figlio, lo fa in maniera adeguata e competente, anche se con una frequenza minore rispetto alla madre.

Qual è la differenza tra padri e madri? Studi approfonditi, condotti con tecniche osservative e videoregistrazioni, hanno evidenziato uno stile diverso tra i due genitori. Sia nel gioco che nell'accudimento la madre usa la comunicazione visiva e lo scambio verbale, anche la sua fisicità è diversa da quella del partner. I contatti corporei del padre con il figlio sono stimolanti e ritmici, determinando una maggiore reattività dello stesso. L'atto di lanciarlo in aria o farlo roteare, ad esempio, centrata sul *piacere del rischio*, potrebbe incuriosire il bambino per le situazioni nuove non avvertite come pericolose. Infatti in caso di pericolo o di fronte a qualsiasi situazione di stress il bambino tende a rivolger-

si più alla madre. Il bambino ha poi bisogno di essere guidato nel riconoscere ed affrontare i problemi relativi sia alle attività di gioco che ai vari compiti di sviluppo, sempre più impegnativi con il procedere della sua crescita. Per spiegare come il genitore dovrebbe svolgere questo ruolo nel modo più adeguato, gli studiosi hanno introdotto il termine *scaffolding*, impalcatura di sostegno. Essi ritengono che, nelle attività interattive con il bambino, l'intervento attivo e partecipe del genitore dovrebbe procedere da una fase iniziale di condivisione e guida a quella in cui il bambino può far da solo perché in grado di padroneggiare l'attività (Wood D et al, 1976). Il processo di riduzione dell'intervento genitoriale avviene in forma graduale e in maniera inversa all'acquisizione di competenza e sicurezza del figlio. Un intervento di tal genere è tipico del genitore autorevole che esercita un "controllo" affettuoso e comunicativo e stimola la sperimentazione. Come sostiene Baumrind (1991) lo stile autorevole promuove l'autoregolazione ed è efficace perché i bambini so-

no più fiduciosi nelle loro capacità, cooperativi e più responsabili socialmente.

Le complicazioni di una genitorialità non normativa

Diventare genitori fuori tempo, come accade agli adolescenti, è certamente un evento "non normativo". Spesso la giovane madre oltre a subire le reazioni stereotipiche di disapprovazione all'interno della società è costretta a dover affrontare compiti incompatibili con le proprie risorse rappresentati da concreti problemi sia di abbandono, con profonda solitudine emotiva, sia di tipo economico. Oltre alla inevitabile dispersione scolastica l'adolescente in stato di gravidanza deve affrontare la ricerca del lavoro, estremamente difficoltosa, ed è sempre più bisognosa del sostegno del servizio sociale. La sua sopravvivenza e quella di suo figlio sono resi possibili dai sussidi statali e proseguono in centri d'accoglienza o in abitazioni povere (Dennison CD, Coleman JC, 1998).

La gravidanza conseguenza di uno stupro o di un disagio sociale preesistente, spesso connesso ai maltrattamenti in famiglia, pone la

donna di qualsiasi età, non solo adolescente, in una situazione di malessere psichico e sociale che oltre ad essere un danno per la madre può compromettere seriamente la crescita del feto. Una situazione di malessere può essere vissuta anche da quelle adolescenti-madri che durante la gravidanza e i primi mesi di vita del bambino continuano a restare in casa dei loro genitori. Anche in questi casi un atteggiamento intrusivo o limitativo dell'indipendenza della ragazza-adolescente, da parte dei genitori, potrebbe essere fonte di stress e ripercuotersi sul feto. Pensiamo che lo stress vissuto dalla madre durante la gravidanza si trasmette al figlio sin dalla diciassettesima settimana di gestazione².

Per quanto il neonato presenti strumenti e dotazioni innate³ che gli consentono un adattamento sereno all'ambiente e una sana interazione sociale è necessario che i genitori abbiano i requisiti fondamentali atti a permettere un tale sviluppo; se i genitori sono assenti, trascuranti o maltrattanti il bambino potrebbe a malapena sopravvivere o crescere con dei danni sempre più gravi in relazione all'età. •

²Ricerca dell'Imperial College di Londra (Maggio 2007) pubblicata su *Clinical endocrinology*.

³Ricco repertorio di riflessi, sensibilità ai volti e alle voci umane, uso del pianto e del sorriso.

ATTIVITÀ CEREBRALE E GENITORIALITÀ

Secondo i neuroscienziati dell'Università di Oxford i cattivi comportamenti degli adulti possono dipendere dal mancato funzionamento di una zona del cervello deputata al *sentimento di cura genitoriale*. Si tratta della corteccia media orbitofrontale situata in prossimità di un'area coinvolta nel riconoscimento facciale e che rea-

gisce alla vista dei bambini. In base ai risultati Morten Kringelbach ritiene che i genitori che non prestano le cure necessarie ai piccoli, presentano una scarsa attività di quest'area che non funzionando compromette l'istinto di tenerezza.

Anche Desmond Morris, lo studioso che per primo ha applicato le teorie e le tecni-

che di osservazione dell'etologia all'uomo, aveva studiato alcune caratteristiche fisiche presenti nei neonati atte a stimolare un istinto di protezione nei grandi e massimizzare le possibilità di sopravvivenza.

(Kahn M. *Study sheds light on parental instinct*. Agenzia Reuters, 26 febbraio 2008).

In difesa della salute dei lavoratori

Incidenti sul lavoro. Uno dei tanti primati dell'era moderna.

Ogni giorno accadono e tanti uomini perdono la vita. Le famiglie piangono, le autorità si indignano, la pubblica opinione spesso dimentica. Anche i medici si occupano di questa specializzazione. Ascoltiamone uno che vive quotidianamente una realtà dalle tante sfaccettature, non ultima quella di un funerale

di Ludovica Mariani

Cos'è un medico del lavoro? Un inutile onere per aziende e imprese o uno strumento fondamentale per la tutela della salute dei lavoratori? L'abbiamo chiesto al dottor Maurizio Rossi, Medico Competente che da anni testa sul campo (o per usare le sue stesse parole 'in trincea') le difficoltà di chi tra scarsa cultura della prevenzione e nuove norme sempre più difficili, se non impossibili da applicare, cerca di svolgere con

coscienza e professionalità il suo incarico.

Quali sono le difficoltà che incontra un medico del lavoro?

Per i medici del lavoro intesi come medici competenti di azienda le difficoltà maggiori si incontrano nel mettere in atto le normative esistenti in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, soprattutto le modifiche fatte alla legge 626. I datori di lavoro ci vedono ancora come un onere in più, un costo aggiuntivo che grava sulle aziende e questo coinvolge non solo l'aspetto sanitario ma anche quello tecnico con la messa a norma degli impianti o l'igiene stessa degli ambienti lavorativi. Alcune fabbriche sono ferme a 50 anni fa con gli stessi macchinari e gli stessi sistemi di gestione.

E le nuove norme?

Difficile per un medico solo poter fare un esame completo e arrivare al rilascio dell'idoneità perché l'attuale norma prevede per ogni lavoratore numerosi esami aggiuntivi com-

plementari. Questo significa che un'azienda di appena dieci persone potrebbe richiedere più di una settimana di lavoro da parte del medico. E allora noi che siamo liberi professionisti, se lavoriamo con coscienza, quanto dobbiamo chiedere di parcella?

Problemi di costi oltre che di tempo.

Certo, e anche di grandissime responsabilità. In realtà l'unica cosa che è cambiata con questa nuova legge entrata in vigore a fine aprile è il numero e l'entità delle sanzioni. Se ci va bene sono di migliaia di euro altrimenti andiamo dritti davanti al Pretore del Lavoro.

Cosa chiede ad una legge?

Vorrei che prevedesse delle linee guida, una cartella sanitaria prestabilita che non lasci adito ad interpretazioni ma sia comunemente condivisa. Ci sono medici del lavoro che in un giorno fanno ottanta visite con relativo rilascio di idoneità, altri solo due. Questo non potrebbe accadere se la qualità dell'in-

tervento non fosse lasciata all'iniziativa del singolo. Anche l'aggiornamento e la formazione sono spesso precarie. In altri settori della medicina si è costretti, se si vuole mantenere una clientela, a restare al passo con le nuove scoperte e i più recenti sistemi di diagnosi. Per i medici del lavoro non è così. Alle aziende, che sono i nostri clienti, interessa che prendiamo loro meno tempo possibile e meno soldi possibile. Un medico competente ha potuto fare questo lavoro per anni e anni senza doversi aggiornare, tanto i protocolli erano sempre gli stessi e, comunque, ognuno la cartella sanitaria la fa come vuole.

Che responsabilità hanno i mezzi d'informazione?

Molta. È vero che la maggior parte degli infortuni sul lavoro avviene in ambiti specifici, cadute, crollo di impalcature o guasti alle macchine ma ci sono problemi gravi di cui nessuno parla. Si fanno trasmissioni su scoperte miracolose che al momento non servono a niente e non si parla, che so, dell'antitetanica; non ha idea di quanta gente nella mia provincia, Arezzo, muore ancora di tetano! Altro problema è la sordità. La protezione per l'udito non è obbligatoria, in alcune aziende è solo consigliata. La gente non lo sa, ma il 90% dei problemi all'udito della vecchiaia è generato dalla scarsa prevenzione sul posto di lavoro. •



Argento nello sport oro nella vita

Vicenda sportiva e umana di una donna, specializzata in cardiologia e medico di famiglia: nonostante gli esiti da poliomielite ottiene nel canottaggio la qualificazione ai Giochi paralimpici di Pechino

di Daniele Romano

Alla domanda che cosa hanno dato in più alla sua vita le medaglie d'oro nello sport, Agnese Moro, medico di medicina generale a Preganziol (Treviso), specializzata in cardiologia, risponde che prima salendo le scale per le visite domiciliari doveva tirarsi su con le due mani. Ora una mano è libera per portare la borsa professionale. Agnese Moro, classe 1956, con disabilità da esiti da poliomielite agli arti inferiori, nel 2002, ha scelto uno sport duro e faticoso che caratterialmente le assomiglia, il rowing adaptive, cioè il canottaggio adattato per il gesto atletico di un soggetto diversamente abile. Un impegno costante, fatto di allenamenti quotidiani, tabelle di marcia, di tempi, resistenza, sudore, fatica e... soddisfazioni, quasi una metafora della vita. "Nonostante la disabilità sono riuscita a laurearmi, a specializzarmi in cardiologia e avviare una soddisfacente carriera di cardiologa e medico di medicina generale, con grande soddisfazione professionale".

Agnese Moro non subisce la vita, la aggredisce con la sua carica vitale e con il sostegno della figlia Irene, la sua mascotte di 16 anni, e del marito Maurizio, che l'hanno sostenuta e accompagnata a tutte le competizioni.

Adesso quella più importante sono le Paralimpiadi di Pechino dove l'Italia si aspetta un buon successo.

"Mi auguro però di non essere un guinness fine a se stesso: unica donna italiana, singolista, disabile, 52 anni, per la prima volta alle Paralimpiadi con il canottaggio..." afferma Agnese Moro nella speranza "che ad altri, con le disa-

bilità più varie, dalla paraplegia agli esiti di polio o amputazione di arti o non vedenti, venga il desiderio di praticare questo sport che fa sudare, ma anche crescere l'autonomia e la stima di se stessi nella vita di tutti i giorni". La carriera sportiva incomincia quasi per caso e avanti con gli anni.

Dopo un periodo di decadimento fisico con gravi difficoltà deambulatorie dovute alla concomitanza di una ernia cervicale, con riabilitazione e cure mediche, "mi sono ripresa e per una serie di coincidenze nel 2002 mi sono ritrovata a Bora Bora, in Polinesia Francese, a parteci-

pare a un campionato mondiale di canoa polinesiana, che da quelle parti è come il nostro campionato mondiale di calcio!". Tornata a casa l'incontro con Renzo Sambo medaglia d'oro di canottaggio alle Olimpiadi del '68 di Città del Messico, determinava il passaggio dalla motivazione di mantenersi in forma alla scelta agonistica.

"Con lui si è subito instaurato un rapporto speciale, nel senso che oltre all'altissima professionalità di allenatore si è aggiunta una particolare sensibilità nell'avvicinarsi a una sportiva diversamente abile, adattando la barca al mio gesto atletico".

Dopo 6 mesi di allenamenti, vince la prima medaglia d'argento al 1° mondiale di canottaggio a Milano nel 2003. "La cosa si fa seria, anche perché ormai ci troviamo dentro al giro grosso". Seguono due ori in gare nazionali.

L'anno successivo a Banjoles in Spagna (medaglia di bronzo), poi a Eton, Inghilterra, quindi a Monaco di Baviera dove Agnese Moro ottiene la qualificazione ai Giochi Paralimpici di Pechino.

Sulla scia di atleti come Agnese Moro, da poco più di 20 atleti adaptive il numero è cresciuto in quantità e qualità, fino ad arrivare alla rappresentanza di tutte le nazioni tale da permettere l'ingresso del canottaggio come disciplina paralimpica. •



Agnese Moro ad una premiazione



Dottore sto partendo: mi devo vaccinare?

Le malattie trasmesse da alimenti ed acqua rappresentano una fonte di rischio rilevante per il viaggiatore internazionale che non sempre adotta un comportamento alimentare prudente

di **Walter Pasini (*)**

Colera, epatite A, febbre tifoide sono ancora malattie estremamente diffuse in molte aree del mondo e pertanto ogni viaggiatore internazionale deve esser consapevole di poter contrarre una di queste infezioni se commette errori alimentari. Il segreto è quello di bere solo acqua imbottigliata o bibite in lattina, evitare pesce, carne e verdura cruda, la maionese, la frutta già sbucciata, le salse crude, i cibi dei venditori ambulanti, specie nei paesi asiatici. Tuttavia molti studi epidemiologici dimostrano che anche i viaggiatori più avveduti possono commettere errori e pertanto il medico deve assolutamente raccomandare la vaccinazione ad un viaggiatore che si rechi

in paesi tropicali o subtropicali per evitare una patologia severa come quella data da epatite A, colera e febbre tifoide.

Nel 2006, il numero di casi di colera segnalati è aumentato in maniera spettacolare per raggiungere i dati della fine degli anni '90. Nel 2006 sono stati notificati 236.896 casi da 52 Paesi. Quelli mortali sono stati 6311 (tasso di letalità del 2,6%). I casi del 2006 hanno registrato un aumento complessivo del 79%. A livello mondiale il numero dei decessi è pressoché triplicato rispetto al 2005. Quasi tutti i decessi sono avvenuti nel continente africano, ma non si può che sollevare qualche dubbio circa la scarsità di dati provenienti dall'America Latina, dove nel 1991 era partita dal Perù una

devastante ondata epidemica che aveva coinvolto la maggioranza dei Paesi latino-americani.

L'Africa ha segnalato nel 2006 un totale di 234.349 casi, un aumento dell'87% in rapporto al 2005. Angola, Repubblica Democratica del Congo, Etiopia e Sudan hanno riportato il maggior numero di casi (complessivamente 186.928 di cui quasi 5mila mortali).

Il colera è solitamente una malattia che comporta una diarrea importante con disidratazione, ma talvolta può presentarsi in forme paucisintomatiche. È possibile che una certa percentuale di diarreie del viaggiatore siano imputabile al *vibrio cholerae* specie del gruppo *El Tor*.

La disponibilità di un vaccino sicuro ed efficace dovrebbe sollecitare il medi-

co a raccomandarlo a chiunque parta per destinazioni esotiche, considerando che fornisce una copertura del 70% e una qualche protezione crociata anche nei confronti della diarrea del viaggiatore da *E.coli*, vista la somiglianza strutturale delle due biotossine.

Il medico non dovrebbe mai sottovalutare anche il rischio epatite A e febbre tifoide contro le quali esistono vaccini sicuri ed efficaci. In particolare contro la febbre tifoide, la malattia del protagonista del "Tè nel deserto", esiste il vaccino orale che contiene il ceppo mutante attenuato *Ty21a* della *salmonella typhi*, da assumersi in tre dosi da prendere a digiuno a giorni alterni (1, 3 e 5). L'immunità compare sette giorni dopo l'ultima dose. Il vaccino orale è in grado di stimolare un'importante risposta immunitaria mucosale, oltre alla risposta umorale ed a quella cellulare. La copertura immunitaria di questo vaccino, così come di quello parenterale non è totale ed è pertanto necessario raccomandare sempre al viaggiatore di seguire scrupolosamente le norme di sicurezza personale oltre a quelle di igiene. •

(*) *Direttore Centro Oms Medicina del turismo*

Svelare l'enigma delle variazioni genetiche

Dna al microscopio in un progetto internazionale che mira a capire l'origine di molte malattie



di Livio Frittella

Un homo sapiens e uno scimpanzé condividono il 98,5% del patrimonio genetico. Tra un essere umano e l'altro, invece, il Dna differisce solo dell'1%. In questa esigua percentuale che è propria di ciascun individuo della nostra specie si nascondono i segreti della sua predisposizione alle malattie, della sua risposta alle cure o della sua reazione a fattori ambientali. Per svelarli gli scienziati stanno per disegnare una mappa delle variazioni genetiche, servendosi del contributo di mille volontari appartenenti ad etnie di tutto il mondo: dagli Yoruba nigeriani ai giapponesi di Tokyo, da-

gli americani d'origine europea dell'Utah ai Masai keniani, dai messicani a Los Angeles ai cinesi di Denver fino ai toscani della nostra Italia.

L'iniziativa si chiama, appunto, "1000 Genomes Project" e prevede un impegno finanziario dai 30 ai 50 milioni di dollari. Lanciata da un consorzio internazionale di ricercatori, sarà diretta dal *Wellcome Trust Sanger Institute di Hinxton* (GB), dall'Istituto di Genomica di Pechino e dal *National Human Genome Research Institute* (Nhgri), parte dei *National Institutes of Health* (Nih) negli Usa. "Un progetto di questo genere sarebbe stato impensabile due anni fa", ha detto Richard Durbin, ricer-

catore del *Wellcome Trust Sanger Institute* e co-presidente del consorzio. "Oggi, grazie agli incredibili passi in avanti compiuti dalla tecnologia per il *Dna sequencing* e nella bioinformatica, possiamo farlo. Quindi stiamo procedendo nello sviluppo di uno strumento che amplierà e accelererà gli sforzi per individuare i fattori genetici coinvolti nella salute e nelle malattie dell'uomo". Spiega Giuseppe Novelli, genetista dell'Università di Roma Tor Vergata: "Il progetto potrebbe permettere di calcolare per la prima volta in modo clinicamente significativo il rischio genetico di contrarre alcune malattie". Test genetici attuali sul rischio di ammalarsi, ha precisato Novel-

li, non sono di reale utilità clinica. Il tutto sarà possibile grazie alle nuove tecnologie e all'abbassamento dei costi. Riprende Novelli: "Se nel 2001 occorreva, diciamo così, un euro a gene, ora il costo è di un centesimo; in soli sei mesi, da aprile a settembre 2007, sono più che raddoppiati i geni legati a malattie scoperti". Senza questi progressi un progetto del genere sarebbe costato almeno 500 milioni di dollari.

Gil McVean, dell'Università di Oxford e co-presidente del consorzio, dà alcune cifre: "1000 Genomes Project esaminerà il genoma umano in un dettaglio mai tentato prima. Una scala immensa: con sei milioni di miliardi di basi genererà in tre anni una mole di dati 60 volte maggiore di quanti ne siano stati depositati in tutti i database genetici negli ultimi 25 anni".

Nella prima parte del progetto (un anno), si sequenzieranno i corredi genetici di due famiglie e 180 individui per identificare il metodo di lavoro più efficiente in termini di costi e risultati. Nei successivi due anni gli scienziati analizzeranno 8,2 miliardi basi di Dna al giorno, pari a oltre due interi genomi umani ogni 24 ore. •

**Esaminerà
il genoma umano
in un dettaglio
mai tentato prima**

Febbre misteriosa di origine genetica

La Febbre mediterranea familiare potrebbe rappresentare una nuova emergenza sanitaria. È questo il grido d'allarme venuto dal V Congresso internazionale sulla Fmf e le malattie autoinfiammatorie, tenutosi a Roma ad aprile



di Matteo Di Paolo Antonio

La Febbre mediterranea familiare (Fmf) è una patologia che colpisce un numero limitato di pazienti, ma non è inserita nella lista delle malattie rare. Si manifesta in età pediatrica con attacchi ricorrenti di febbre, accompagnata da sintomi comuni a tante altre patologie, come dolori addominali, dolori toracici e lesioni della pelle. È una febbre autoinfiammatoria, di origine genetica, che predilige popolazioni del bacino Mediterraneo come ebrei, armeni, arabi, turchi,

spagnoli, greci, francesi e italiani. In Italia la diagnosi ha un ritardo medio di 15 anni, a causa della mancanza di familiarità dei medici con la malattia e alla sua relativa rarità. Mancano anche dati ufficiali sul numero di questi malati ed esistono solo segnalazioni sporadiche, così come sono pochi i dati epidemiologici sulla diversa prevalenza nelle regioni italiane. Per questo è necessario un Registro della Fmf che dovrà valutare il numero degli italiani colpiti, la loro distribuzione nelle regioni e l'efficacia dei trattamenti.

Unica terapia attualmente è la colchicina che previene gli attacchi in oltre il 75% dei casi, eppure nel foglietto illustrativo del farmaco la Fmf non è indicata come avviene in Messico e in Ungheria.

Al congresso organizzato dai professori Raffaele Manna e Alberto Martini, con la presidenza onoraria del professor Giovanni Gasbarrini, sono stati esposti i dati di una collaborazione internazionale sull'uso della colchicina in oltre 4500 pazienti nel mondo. "È una febbre ancora misteriosa - spiega il diretto-

re dell'Istituto di Medicina interna e geriatria del policlinico Gemelli di Roma Gasbarrini - legata al sistema dell'immunità innata che è regolato strettamente dal sistema genetico. Spesso solo esperti immunologi riescono a diagnosticarla con l'aiuto dei genetisti. Importante è, dunque, l'interdisciplinarietà tra clinici, immunologi, genetisti, pediatri e medici di medicina generale".

Al Gemelli è stato creato un Centro di ricerca delle febbri periodiche e in particolare della Fmf, diretto dal professor Manna, che collabora con centri stranieri come l'NIH (*National Institute of Health*) Bethesda-Washington, lo Sheba Medical Center di Israele e il Consorzio francese per lo studio delle malattie autoinfiammatorie di Montpellier. Al Gaslini di Genova la Reumatologia pediatrica, diretta dal professor Martini, è all'avanguardia nel campo di altre malattie autoinfiammatorie che si manifestano con febbre periodica.

L'impegno di questi centri, che collaborano tra di loro, è anche di promuovere campagne informative sulla Fmf perché medici e paramedici siano informati sui metodi di diagnosi e cura. •

In Italia la diagnosi ha un ritardo medio di 15 anni, mancano anche dati ufficiali



TEMPI E MODI PER LA PUBBLICAZIONE

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.

The neurosciences and music - III

Disorders and plasticity

Montreal, 25 - 28 June, McGill University

Informazioni: Segreteria Scientifica

Luisa Lopez, e-mail: lopez@uniroma2.it, Child Neurology Unit, "Eugenio Litta" Center for Developmental Disabilities, Grottaferrata, University of Rome Tor Vergata

Segreteria Organizzativa Fondazione Pierfranco e Luisa Mariani Onlus, Viale Bianca Maria 28, 20129 Milan, Italy
e-mail: neuromusic@fondazione-mariani.org, tel. 02 795458; fax 02 76009582

Ipnosi fondamentale, ipnosi, rilassamento e trance

Torino, 9-10 giugno - 23-24 giugno

Frequentando il primo livello sarà possibile conoscere le principali tecniche di rilassamento ericksoniano a di autoipnosi al fine di utilizzare al meglio le proprie potenzialità interne

Alcuni contenuti trattati: cos'è l'ipnosi e come può essere utilizzata per entrare in contatto con se stessi e migliorare il proprio benessere; autoanalisi e allenamento delle proprie capacità di attenzione interna; tecniche di autorilassamento e autoipnosi; tecniche di rilassamento

Informazioni: dott. Di Bartolomeo, tel. 011 6193765, sito web: www.ericksoninstitute.it



Terapia laser endovena e laser agopuntura

Göttingen, Germania, 27-29 giugno

Direttori: prof. F. Bahr, dott. Michael Weber

Alcuni argomenti: prof. F. Bahr: nuove frequenze laser e nuovi punti per il trattamento dei soggetti sovrappeso, dei soggetti affetti da sindrome metabolica e nella prevenzione del diabete mellito; dott. Andreas Wirz: la nuova frequenza dell'insulina per il trattamento efficace del diabete mellito; dott. Thorsten Wieden: il trattamento della sindrome fibromialgica mediante combinazione di laser agopuntura e laser endovena

Informazioni: Germania, tel. (0) 5273/367780, fax: (0) 5273/36778-29, sito web: www.egla.de

email: info@egla.de; Italia, tel: 328 8988167, sito web: www.laserendovena.com, email: info@laserendovena.com

Carcinoma prostatico

Aviano (Pn), 20 giugno

Presidenti: dott. R. Bortolus, prof. S. Guazzieri

Obiettivi: l'incontro si pone come obiettivo quello di sensibilizzare e far apprendere a medici e personale infermieristico le novità in tema di tumore della prostata; dalla ricerca preclinica alla terapia alla ricerca clinica

Informazioni: Segreteria scientifica dott. R. Bortolus, e-mail: rbortolus@cro.it

Segreteria Organizzativa: tel. 0434 659407 (d.ssa Nicoletta Suter, d.ssa Tiziana Furlan), e-mail: nsuter@cro.it

Policlinico universitario "A. Gemelli"

Ortodonzia linguale

Roma, 28-29 giugno - 27-28 settembre, Via G.B. Martini 2

Direttore: prof. R. Deli

Obiettivi: il corso, rivolto a medici odontoiatri e odontoiatri, si terrà in due incontri e intende preparare il corsista ad affrontare con la tecnica dell'ortodonzia linguale, casi semplici (primo incontro) e casi più complessi (secondo incontro)

Informazioni: Segreteria Organizzativa dott. Alessandro Verdino, cell. 335 8361292, e-mail: adyeve@tin.it
sig.ra Iliana Agnelli, tel. 06 3058198, e-mail: scuola.ortodonzia@rm.unicatt.it

d.ssa Valeria Polimeni, tel. 06 30154074, fax 06 3051732, e-mail: vpolimeni@rm.unicatt.it

Come seguire e valutare la letteratura scientifica

Roma, 26-27 giugno, Via Bradano 6

Direzione Scientifica: Tom Jefferson, Luca De Fiore

Obiettivi: acquisire le conoscenze di base per fruire di una corretta informazione scientifica, riuscire ad effettuare la revisione critica di un articolo originale, raggiungere le capacità valutative necessarie all'utilizzo delle riviste scientifiche internazionali, analizzare correttamente una revisione sistematica, acquistare le competenze utili per l'accesso alle principali banche dati medico-scientifiche e per una proficua ricerca delle informazioni

Informazioni: Segreteria Organizzativa

dott.ssa Erica Sorelli, tel. 06 86282347, fax 06 86282250, e-mail: e.sorelli@pensiero.it

Date definitive: consultare il sito www.pensiero.it alla sezione "Formazione residenziale"

Ecm: è stato richiesto l'accREDITAMENTO secondo il Programma Nazionale per l'Ecm per le professioni Medico Chirurgo e Farmacista. Ai fini del conferimento dei crediti formativi Ecm è necessaria da parte dei partecipanti la presenza effettiva al corso per il 100% della durata complessiva delle lezioni e il superamento delle verifiche di apprendimento

Medicina estetica

Firenze, 13-14-15 giugno, Hotel Londra

Presidente: prof. Giuseppe Sito

Obiettivi: gli Stage, nati per divulgare ed approfondire le tecniche più attuali della medicina estetica, si sono arricchiti sempre più, raggiungendo, in questa edizione, quell'obiettivo di multidisciplinarietà che ci si era posti sin dal primo evento

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Mcb Srl, Antonella Perasole, tel. 081 2528761, fax 081 2528778, e-mail: a.perasole@mcbsrl.it



Formazione medici in Africa

Genova, 18-21 giugno, aula G. Mazzini, Via Balbi 5

Obiettivo: l'obiettivo della formazione consiste nell'assegnare ai futuri medici cooperanti una preparazione multidisciplinare sulle diverse problematiche presenti nei Paesi in cui si troveranno ad operare, rispondendo così all'esigenza di assicurare l'attivo supporto nelle strutture ospedaliere con cui "Medici in Africa" collabora

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Medici in Africa Onlus, tel. 010 35377621, cell. 340 7755089

e-mail: Mediciinafrica@unige.it, sito web: www.medicinafrica.org

Arteriopatie oblitteranti degli arti inferiori

Zingonia (Bg), 14 giugno, policlinico San Marco

Responsabile Scientifico: dott. Roberto Mezzetti

Obiettivi: instaurare un confronto nell'iter diagnostico terapeutico al fine di ottimizzare l'interazione tra la realtà ospedaliera e la realtà territoriale. Ampio spazio verrà inoltre destinato alla discussione di casi clinici presentati da docenti e discenti

Informazioni: Segreteria Organizzativa ArsEducandi s.r.l., Via Gian Galeazzo 3, 20136 Milano

tel. 02 58189242 / 62, fax 02 8373448, e-mail: info@arseducandi.it

Ecm: richiesti crediti formativi ecm

Malattie vascolari

Agnano-Napoli, 13 giugno, Hotel San Germano

Argomenti: la riabilitazione vascolare nel terzo millennio, linfedema, flebologia, patologia arteriosa

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. A. Molisso, Via Cimarosa 29, 80127 Napoli

tel. 081 5784213, cell. 338 7390301, e-mail: amolisso@hotmail.it

Segreteria Organizzativa: Solaria Service Congress Organizer, Via Posillipo 316, 80123 Napoli

tel. 081 2466193 - 94, fax 081 2403698, e-mail: nunzia@solariaservice.com, sito web: www.solariaservice.com

Chirurgia oftalmoplastica

Cagliari 26-28 giugno, Le Meridien, Chia Laguna

Presidenti: prof. F. Carta, prof. M. Fossarello

Responsabile Scientifico: Giuseppe Davì

Relatori stranieri: J.P. Adenis, Serge Morax

Relatori oculisti italiani: Gianni Aimino, Giulio Bonavolontà, Claudio Lucchini, Ennio Polito, Maurizio Santella, Patrizia Vassallo, Carlo M. Valazzi

Segreteria Organizzativa: Raimondo Tisbo

RTOsrl, Via Archimede 83 Milano, fax 02 57604824, e-mail: rto_srl@yahoo.it

Scuola superiore sessuologia clinica

Sessuologia

Torino, settembre

Direzione Scientifica: prof. Giorgio Abraham, prof. Dario Fontana

Coordinamento Didattico: dott. G. Cociglio

Obiettivo: formare una figura in grado di collaborare con operatori di discipline diverse, dei quali integra professionalità e conoscenze specialistiche. Inquadrare i problemi sessuali in modelli teorici che permettano di dare una prima risposta scientificamente corretta ed eventualmente orientare verso una terapia sessuologica più approfondita

Informazioni: Segreteria Scientifica d.ssa M. Magnino, C.so Unione Sovietica 335, tel/fax 011 6199465

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

Ecm: accreditamento ecm previsto

LA FORMA DEL LIBRO: DAL ROTOLO AL CODICE (SECC. III A.C.-XIX D.C.)

FIRENZE

fino al 31 luglio 2008
Mostra dedicata all'evoluzione della forma del libro in Occidente ed Oriente dall'antichità classica al secolo XIX.

*Biblioteca Medicea
Laurenziana*

telefono: 055 210760
055 211590

I GRANDI BRONZI DEL BATTISTERO. L'ARTE DI VINCENZO DANTI, DISCEPOLO DI MICHELANGELO

FIRENZE

fino al 7 settembre 2008
Per la prima volta una selezione di venticinque pezzi, tra marmi e bronzi, illustra l'opera dello scultore perugino Danti folgorato in gioventù dalla pittura e dalla scultura di Buonarroti.

*Museo Nazionale
del Bargello*

telefono: 055 2388606

JOSEF MARIA AUCHENTALLER (1865-1949). UN SECESSIONISTA AI CONFINI DELL'IMPERO

GORIZIA

fino al 24 agosto 2008
Primo tentativo di dare rilievo ad uno dei maggiori artisti aderenti al movimento viennese secessionista attraverso l'esposizione di circa quattrocento opere, molte delle quali inedite.

*Palazzo Attems
Petzenstein*

telefono: 0481 547541

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

GIOIELLI D'AUTORE. PADOVA E LA SCUOLA DELL'ORO PADOVA

fino al 3 agosto 2008

Grande esposizione dedicata alla scuola orafa padovana nata negli anni Cinquanta e conosciuta in tutto il mondo.

Palazzo della Ragione
telefono: 049 8205006

OTIUM. L'ARTE DI VIVERE NELLE DOMUS ROMANE DI ETÀ IMPERIALE

RAVENNA

fino al 5 ottobre 2008

La vita nelle domus e villette dei ceti più abbienti nel II e III secolo dopo Cristo attraverso l'esposizione di numerosi mosaici, affreschi, statue, erme, oggetti, suppellettili ed altri reperti.

Chiesa di San Nicolò
telefono: 0544 213371

CORREGGIO E L'ANTICO ROMA

fino al 14 settembre 2008
Prima monografica dedicata ad Antonio Allegri, detto il Correggio, uno dei più rivoluzionari artisti del Rinascimento italiano.

Galleria Borghese
telefono: 06 8413979
www.galleriaborghese.it

IL QUATTROCENTO A ROMA. LA RINASCITA DELLE ARTI DA DONATELLO A PERUGINO

ROMA

fino al 7 settembre 2008

Prima grande mostra dedicata alla storia di Roma e agli artisti del Quattro-

cento, tra i quali figurano Mantegna, Perugino, Piero della Francesca, Pinturicchio, Donatello, Michelangelo e Lippi.

Museo del Corso
telefono: 06 916508451
www.400.roma.it
www.museodelcorso.it

LE MERAVIGLIE DI VENEZIA. DIPINTI DEL SETTECENTO IN COLLEZIONI PRIVATE

GORIZIA

fino al 27 luglio 2008

Esposte centoventicinque opere tutte provenienti da collezioni private, realizzate da importanti esponenti del Settecento veneziano come Canaletto, Bellotto, Marieschi, Guardi, Ricci, Tiepolo, Zuccarelli e Longhi.

*Fondazione Cassa
di Risparmio di Gorizia
Palazzo Della Torre*
www.fondazionecarigo.it
telefono: 0481 548164
(biglietteria) - 0422
410886 (prenotazioni)

I MACCHIAIOLI. CAPOLAVORI DELLA COLLEZIONE MARIO TARAGONI

VENEZIA

fino al 27 luglio 2008
La mostra intende riunire le opere appartenute al noto collezionista d'arte Mario Taragoni, molte delle quali non più esposte da anni.

*Istituto veneto
di Scienze, lettere ed arti
Palazzo Franchetti*
telefono: 041 5227032
www.istitutoveneto.it



J. P. Hackert, Lago di Castelgandolfo, particolare

Quando viaggiare è arte... pericolosa

di Serena Bianchini

Immersa nel Parco naturale dei Castelli Romani, Villa Mondragone (Frascati), una delle più affascinanti Ville Tuscolane, è la sede adatta per la mostra *Grand Tour: quadri e oggetti del viaggiatore e della viaggiatrice a Roma e nella campagna romana*, termine usato ancora oggi per indicare un viaggio a tappe in luoghi di grande pregio e cultura.

Ma il suo significato diviene più profondo nei secoli XVI e XIX quando il viaggio "d'istruzione e piacere" era in realtà una sorta di pellegrinaggio laico: giovani gentiluomini giungevano a Roma per completare la loro formazione culturale e si trovavano a compiere un vero proprio rito di iniziazione, un'esperienza unica. Tra moda e dovere culturale l'obiettivo dei giovani rampolli d'Europa era proprio l'Italia, con giro di boa a Roma, la Città Eterna, quella dei papi e degli antichi, e la sua campagna, ancora inviolata, ben rappresentata nella mostra.

Ma c'erano anche i rischi e i sacrifici che il viaggiatore incontrava e, come spiega il professor Francesco Negri Arnoldi presidente del comitato scientifico e docente di Storia dell'arte moderna all'Università di Roma Tor Vergata, "osta-



J. P. Hackert: Lago di Castelgandolfo, olio 95x130 cm, 1790

coli a volte insormontabili, pericoli non di rado letali. Pensiamo ai rischi più comuni, relativi ai pessimi alloggi, anche nelle grandi città, al brigantaggio, che infestava le contrade, alla

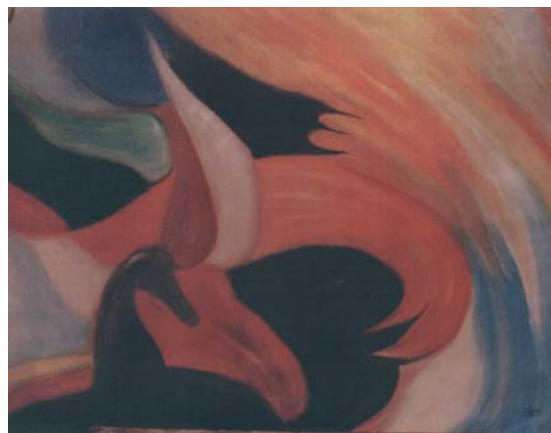
malaria, endemica nelle mete più ambite come Roma e la sua campagna". Inoltre, da non trascurare il problema del frazionamento politico del territorio con le varie frontiere da

attraversare, e quindi i vari documenti da ottenere, come lasciapassare e passaporti per oltrepassare i vari Stati.

Il quadro più rappresentativo del Grand Tour potrebbe essere il famoso ritratto di Goethe nella Campagna Romana di J.H.W. Tischbein, ma più di 80 grandi opere si contano in mostra, come gli scorci delineati da pittori come Wilson, Corot, e le insuperabili stampe piranesiane, oltre ad oggetti del viaggiatore e della viaggiatrice sette/ottocenteschi, come i pesamonete, bilance, orologi, binocoli, ma soprattutto lo scrittoio, oggetto cardine di tutto il corredo del viaggiatore, consistente in una semplice tavoletta o in uno più elaborato con cassetti segreti per conservare i documenti più importanti. Così si racconta la storia che ha i colori di una favola. •

L'astrattismo di Diretti

Maurizio Diretti nasce a Roma dove vive e lavora. La passione per la pittura lo accompagna fin dagli anni della prima giovinezza, quando inizia il suo percorso di studio e di ricerca nella tecnica e nelle forme espressive. Nella sua produzione più recente approda all'astrattismo. La scelta di questo nuovo linguaggio nasce dal desiderio di svincolarsi dalle norme compositive per sperimentare la dimensione pura delle emozioni e delle sensazioni. Ha partecipato a varie mostre collettive a livello nazionale



Un'opera di Maurizio Diretti

ed internazionale con Maestri contemporanei. Ha donato a scopo benefico alcune sue opere alla Caritas, Centri tumori, Telethon, etc.. *Tecnica pittorica: china - acquerello - olio su tela (pennello - spatola)* - (www.portuense.it/mauriziodiretti) •



Stress, a volte amico, altre volte nemico

Etimologicamente il termine inglese deriva dal latino *strictus* ovvero costretto, compresso.

In realtà, nella dinamica odierna, sta ad indicare una esasperazione del *modus vivendi*, caratterizzato da ansia e sollecitazione estrema del ritmo quotidiano

di **Maurizio Zomparelli (*)**

Il vero significato della parola stress è più ampio della sua definizione etimologica e si traduce in tutto quello che può alterare un sistema codificato e funzionante; infatti si può sovvertire un qualunque sistema fisiologico e mandarlo in stress, da un impianto elettrico, ad un motore, sino ad un ecosistema.

Allora diciamo che un fattore estrinseco od intrinseco che interviene a sollecitare ad un cambiamento un sistema funzionale, alteran-

dolo del suo iniziale equilibrio, quel fattore, manda in stress lo stesso sistema, inducendone un'alterazione patologica e quindi un malfunzionamento.

L'eustress, ovvero la capacità naturale reattiva a situazioni esterne od al pericolo, è quello stress benefico nella sua espressione che ci aiuta e ci ha aiutato nel corso della nostra esistenza a sopravvivere a situazioni estreme e pericolose per la nostra incolumità fisica.

Nella scala della evoluzione, l'uomo, sino dai pri-

mordi della sua apparizione sulla terra, sembra essere la specie in grado di utilizzare lo stress più di ogni altra, a suo vantaggio e quindi sviluppare uno spirito di sopravvivenza tale da determinarlo, nel corso dei millenni, come l'essere più in alto della scala evolutiva degli esseri viventi che popolano la terra.

Un esempio ci viene dai dinosauri, rettili che non sono stati in grado di adattarsi ai rapidi cambiamenti climatici avvenuti nel corso del tempo e quindi destinati a scomparire anche se

non così rapidamente come si pensa. Gli enormi rettili avevano una ridotta capacità reattiva all'ambiente ed anche il loro apprendimento alla vita ed alle nuove situazioni era caratterizzato da una marcata lentezza, non solo determinata dalla loro mole.

L'eustress, quindi, come medicina o difesa alle aggressioni ambientali, questo il paradosso che ha salvato l'uomo da una possibile estinzione o dal soccombere alle aggressioni di animali più forti e più dotati di lui. Quante volte ognuno di noi si è trovato in pericolo, di fronte a situazioni estreme e quindi ha dovuto reagire rapidamente ed istintivamente per salvarsi la vita? Basti pensare a quando si attraversa una strada insidiosa, con il traffico odierno e gli automobilisti irrispettosi delle strisce pedonali, quante volte in un sobbalzo abbiamo evitato l'impatto oppure quante volte in un mil-

lesimo di secondo abbiamo frenato il nostro automezzo per evitare un incidente? Ecco tutto questo grazie ad una sviluppata capacità reattiva o meglio all'eustress che con la liberazione di adrenalina, dalle nostre ghiandole surrenaliche, ci impedisce, insieme al nostro sistema nervoso, di subire un danno fisico.

Da qui anche la capacità di memorizzare lo stress e di sviluppare quello che definiamo istinto di sopravvivenza nel nostro paleoencefalo e più precisamente nell'amigdala.

Se per ipotesi ci trovassimo in un ambiente con un animale feroce in grado di sopraffarci, abbiamo solo due modi per reagire: uno è quello di tentare la fuga con scarse possibilità di uscirne vivi, visto che comunque l'animale è più dotato di noi fisicamente; l'altro è quello di affrontarlo con tutti i mezzi che dovremmo cercare intorno a noi per attuare una difesa valida e che ci dia delle possibilità.

In questi due modi di reagire troviamo il riscontro della memoria genetica del nostro eustress: una perdente, l'altra sicuramente più vicina a farci sopravvivere. In questo caso possiamo valutare che in molte occasioni è stata proprio quella memoria genetica dell'eustress che ci ha aiutato in modo vincente a risolvere le insidie che abbiamo affrontato e combattuto nel corso della nostra esistenza.

L'eustress come medicina o difesa dalle aggressioni ambientali

Ma cosa accade quando lo stress si fa continuo, esasperato ed altera quel sistema che fisiologicamente ci ha sempre aiutato?

Accade che si trasforma in distress, ovvero uno stress patologico, in grado di andare ad incidere negativamente sul sistema neuroendocrino, sviluppando nel nostro corpo ormoni stimolanti per lunghi periodi della nostra giornata ed in grado di alterare la funzione del nostro sistema nervoso, di quello ghiandolare, di quello car-

diovascolare e non ultimo di quello immunitario.

Da qui in poi possiamo parlare di sistema alterante psico-patologico, ossia un sistema in grado di condizionare e sviluppare una vera e propria patologia, insomma uno stato di malattia.

Tutta la neuroimmunologia e la ricerca sul cancro, ha da tempo messo la lente d'ingrandimento su queste problematiche e ne sta studiando l'iter ed i fattori di mediazione per la comprensione dei meccanismi che determinerebbero, a causa del distress della fisiologia degli organi, il cancro stesso. Il distress come stato clinico e fisiopatologico può alterare le funzioni biologiche di ogni singola cellu-

la ed ogni significativo cambiamento delle funzioni della stessa, può essere considerato l'inizio della cancerogenesi.

Oltre alle problematiche citate, ce ne sono una infinità ancora non conosciute, ma quella di cui ci si può allarmare è la depressione, malattia altamente invalidante e dall'enorme costo sociale sommerso e non valutato correttamente; basti pensare alla ridotta capacità lavorativa che induce gli uomini e donne colpiti dalla stessa e dalla loro negativa partecipazione ad una sana vita relazionale.

Insomma lo stress, un generico termine che accompagna la nostra vita quotidiana, sembra invece essere al centro di tante problematiche che ci insidiano, ma anche un amico ed un tutore per la nostra stessa sopravvivenza, basterebbe, quindi, farne un uso appropriato e limitarsi a non abusarne per non ritrovarcelo come un vero e proprio nemico.

Una medicina che consiglio è quella di operare per tempo dei cambiamenti che sembrano spesso non attuabili da noi stessi, sia nel gestire il nostro lavoro, sia la nostra vita privata e per fare questo oltre che alla filosofia di vita, potremmo rivolgerci all'eustress. Che ne dite? •

(*) *Docente Scuola medica di psicoterapia italiana
Dirigente medico Clinica addominale Eur di Roma*



Tempio di Poseidone



Costeggiando Attica e Peloponneso

Viaggiando per la Grecia si incontrano ambienti contrastanti che paiono fondersi tra di loro: gli scogli arsi dal sole e il mare limpido, le fresche vallate dell'Arcadia e le pareti spoglie dei monasteri, gli austeri santuari ed i piccoli borghi variopinti

testo e foto
di Mauro Subrizi

L'ATTICA

Punta sud-orientale della Grecia continentale, l'Attica si protende verso il mar Egeo. Dei paesaggi cantati dai poeti e viaggiatori non resta purtroppo moltissimo. Sebbene lo sviluppo tentacolare di Atene abbia fatto della penisola un immenso agglomerato urbano e industriale, la regione, culla dell'antica Grecia, conserva alcuni siti archeologici e musei tra i più belli del Paese. Sui pendii verdeggianti di questa terra, che un tempo fu percorsa dal leggendario Teseo, l'eroe che liberò l'Attica dal flagello dei mostri, gli antichi greci eressero tem-

pli di marmo in onore dei loro dei e oracoli a partire dal V secolo a.C.. A Capo Sounio, all'estremità meridionale, la penisola era coronata dal magnifico tempio di Poseidone, risplendente come un faro sul mar Egeo. A chi guardi l'Attica oggi appare evidente che alcuni tratti della costa hanno subito uno sviluppo edilizio sconsiderato, ma la regione conserva i suoi gioielli: i templi tra gli alberi, le belle spiagge di sabbia e gli eleganti locali di ritrovo estivi, che ogni anno diventano sempre più numerosi, soprattutto verso sud.

CAPO SOUNIO

Punta avanzata dell'Attica all'ingresso del Golfo Sardonico, il "promontorio sa-

cro" della tradizione omerica sorge in un sito marino di spettacolare bellezza, prospiciente il mar Egeo e le Cicladi. Il suggestivo scenario naturale è poi esaltato dalle rovine del tempio di Poseidone, dio del mare invoca-

to dai navigatori che doppiavano il Capo. Il promontorio s'innalza maestoso ad oltre 60 metri di altezza sopra i flutti marini.

IL TEMPIO DI POSEIDONE

La via d'accesso varca la cinta muraria dell'acropoli, della quale sussistono tratti ancora ben conservati, poi penetra nel recinto sacro nel punto in cui sorgevano i propilei fiancheggiati a destra

Fortezza veneziana di Nafplio



da un grande portico dove si radunavano i pellegrini. Edificato tra il 444 e il 440 a.C. per volere di Pericle, danneggiato dalle intemperie e dai cercatori di tesori, fu restaurato a partire dal XIX secolo.

Dai gradini del tempio si gode una vista stupenda sul mare, spesso agitato, sulle isole e sul Golfo Sardonico.

PELOPONNESO

Oltre ad Atene il Peloponneso è la parte della Grecia più ricca di storia e di miti. Un tempo si pensava che i regni micenei narrati da Omero fossero solo leggenda, fino a quando l'archeologo tedesco Einrich Schliemann portò alla luce i loro favolosi palazzi. Oggi questi siti competono con quelli di Atene per importanza e valore storico. A differenza di Atene, i paesaggi di queste leggende, le pianure dove, secondo Omero, i grandi eserciti si radunavano, sono rimasti gli stessi per



Nafplio

millenni, facendo di questa regione una delle più affascinanti della Grecia.

CANALE DI CORINTO

L'istmo tra la Grecia continentale e il Peloponneso ha deluso i navigatori per migliaia di anni, costringendoli a lunghi e pericolosi viaggi intorno alla penisola. Da Alessandro Magno a Caligola, molti cercarono di scavare un canale, ma l'impresa ebbe successo solo nel 1893,

quando alcuni ingegneri francesi fecero saltare la roccia con la dinamite. Le barche impiegano circa un'ora per percorrere i 6 km.

MICENE

A Micene leggenda e storia s'intrecciano. Omero scrisse di Agamennone, il più potente re della Grecia durante la guerra di Troia. La storia conferma che ci fu una guerra di Troia e una potente civiltà stabilita a Mi-

cene. Le prove arrivarono quando Schliemann scoprì il palazzo di Micene nel 1874, in gran parte corrispondente alle descrizioni di Omero, compresa l'abbondanza d'oro.

NAFLIO

Piccola cittadina sul mare, una delle più belle della Grecia. Per anni i turchi e i veneziani lottarono per la conquista della città, lasciando due fortezze veneziane sul colle. I greci conquistarono Nafplio insieme all'indipendenza nel 1821 e ne fecero la loro capitale prima di Atene.

EPIDAURO

Il teatro di Epidauro del IV secolo a.C. è uno dei siti archeologici più belli della Grecia, splendidamente conservato e con una stupefacente acustica. Fuori dal teatro si trova l'Asklepeion, un'antica stazione termale dedicata ad Asklepio, dio della salute. •



Teatro di Epidauro

Come nasce la notizia?

Viviamo in un'epoca in cui la comunicazione cerca solo connessioni con gli individui e, se vuole andare oltre, si scontra con una cultura dominante che rifiuta la condivisione dei valori ritenendoli un limite. Siamo di fronte a un sistema di media autoreferenziale. Il rischio è che proprio i media creino gli eventi o che, nel mare aperto dell'informazione, selezionino le notizie meno utili all'uomo, privilegiando interessi di parte. Prevengono, alla fine, il modello individuale e l'emotività. In Italia un certo giornalismo ha reso regola questo modo di ragionare: giornali e giornalisti più a caccia di pettegolezzi che di notizie, convinti (quasi) che se dici la verità non ti crede nessuno. A mettere un po' d'ordine in questo guazzabuglio ci prova Mario Bottaro docente di Teoria e tecniche del linguaggio giornalistico nella facoltà di Scienze politiche e di informazione multimediale all'Università di Genova. Bottaro, giornalista di lungo corso, sprezzante del pericolo, s'è occupato in un libro di 199 pagine della nascita, vita e morte della notizia aggiungendo, per spiegarsi meglio, che si tratta di un manuale per fare il giornalista e per difendersi dai media. L'autore parte da un'ovvia constatazione: la notizia è un avvenimento raccontato da



un giornalista a un pubblico. Basterebbero queste poche parole per capire in quale ginepraio s'è cacciato. Eppure, pagina dopo pagina, riesce nel suo intento

che è quello (soprattutto?) di spiegare ai giovani e non solo a loro, che cosa è o dovrebbe essere il giornalismo: la netta differenza tra notizie e opinioni. Ma tutti ben sappiamo - e Bottaro lo sottolinea - che molti "prodotti" denunciano chiaramente scelte di campo incontrando anche notevole successo. Si arriva così a una "divisione che noi

condividiamo; a tre modelli di giornalismo: "americano" votato alla notizia; "inglese" con due guide, elitaria e popolare e infine "latino" con origini e am-

bizioni letterarie, scarsamente rivolte al pubblico dei lettori, molto sensibili al potere, più incline alle opinioni che alle notizie o comunque a mescolare le une alle altre.

A Bottaro e alla sua critica che diventa insegnamento, non sfuggono i pro e i contro, e pagina dietro pagina, si rivela maestro nel capire e indirizzare il caotico, ambiguo ed effimero polverio quotidiano che prende forma nelle pagine del giornale e negli eventi pubblici. Provare per credere: Mario Bottaro, "Nascita, vita e morte della notizia" - editore "redazione srl" - Santi Giacomo e Filippo 19/6 - 16122 Genova - www.e-redazione.it •

G. Cris.

ALZHEIMER SENZA PAURA

È uscito "Alzheimer senza paura: perché parlare, quando parlare" (pagg. 252, euro 15, Rizzoli), di Pietro Vigorelli. Si tratta di un manuale di aiuto per i familiari, adatto anche per gli operatori. È scritto in modo semplice ed è corredato da esercizi in modo che possa diventare uno strumento di autoformazione. Partendo dall'osservazione che la malattia tende a ostacolare l'uso della parola e a creare frustrazione, rabbia e, alla fine, mutismo, illustro un metodo per tener vivo l'uso della parola nella vita di tutti i giorni, nonostante la malattia. In tal modo il malato si sente riconosciuto e resta più vitale, chi si dedica alla cura scopre un ruolo importante, impara a diventare un curante esperto e ritrova una felicità possibile, per sé e per la persona malata.

GIORNATA DI FORMAZIONE PER IL MALATO DI CANCRO

La Giornata - che si terrà il prossimo 24 giugno - prevede tre panel. Primo panel: Accoglienza, aiuto pratico, orientamento, ascolto. Gruppi di sostegno psicologico alle persone e ai caregiver (funzione, struttura, conduzione). Attività psicofisiche e creative. Secondo panel: Riservato a psicologi che hanno già seguito il corso base e desiderano approfondire le tematiche della conduzione o discutere di esperienze in corso. Terzo panel: Il supporto di medicina generale in chemioterapia oncologica. Teoria, metodo, farmaci.

Per informazioni e prenotazioni: Attivecomeprima onlus, tel. 02-6889647 email: segreteria@attive.org.

Buon appetito nei secoli

di **Giuliano Crisalli**

Dimmi come mangi e che cosa mastichi e ti dirò chi sei. Il cibo aiuta a ricordare, almeno fa questo effetto a Luciano Sterpellone il medico-scrittore che ci aiuta, con la sua presenza quasi silenziosa, a compilare mensilmente la nostra rivista. Il professor Sterpellone – è una nostra amichevole impressione – trascorre quotidianamente parte del suo tempo prezioso dedicandosi alle leccornie ed ai piatti prelibati, nello stesso tempo studiando la loro provenienza e “nascita”. Lo fa con stile leggero quasi che al termine del convivio, dopo aver passato in rassegna un immaginario elenco di pranzi, dai più antichi al moderno fast-food, gli ospiti della sua tavola regale lo gratifichino di un applauso signorilmente contenuto. Si diceva l’“elenco”. Per-

**Giulio Cesare,
Dante, Giotto
e Leonardo
non ebbero
il piacere
di apprezzare
le patatine fritte**



ché Sterpellone ha raccontato in 330 pagine la storia di pranzi illustri partendo dagli Assiri e, dopo un percorso millenario, arriva ad offrire al lettore la magnifica tavola imbandita. Il volume che lo scrittore ci consegna raccoglie inediti che riguardano il nostro palato dei quali, spesso, ignoriamo la vera sto-

ria. Ci sono sottolineature che sanno quasi di fiaba, come quella relativa a Giulio Cesare, Dante, Giotto, Leonardo e company che non ebbero il piacere di apprezzare le patatine fritte, perché la patata sbucò in Europa solo nel 1569. E l’olio? Mentre Adamo stava per morire, un angelo gli posò sulle labbra tre se-

mi. Dal terreno in cui venne sepolto, da quei tre semi nacquero un cedro, un cipresso ed un ulivo. E il latte? Otto, diecimila anni fa aiutava a combattere la fame e poi... diventava formaggio. Niente di nuovo sotto il sole, come l’ “impero” delle spezie quando i produttori si arricchivano come i moderni petrolieri. Il cacao, la vaniglia, l’uva ed il vino, l’uovo nato prima o dopo la gallina. Non basta? C’è il the che arriva dalla Cina e via via tutto il ben di Dio per arrivare, dopo quel pasto signorilmente servito, a un buon caffè che “dissecca gli umori freddi e umidi, scaccia i flati, fortifica il fegato, solleva gli idrofici, giova alla scabbia ed alla corruzione del sangue, regala i movimenti del cuore, solleva dai dolori di stomaco, giova alle indisposizioni fredde, umide e pesanti del cervello”. Sarà anche per questo che la tazza continua a rincarare... Un libro, quello scritto dal nostro caro amico, pieno di curiosità, di racconti belli ma anche truci. Pagine da leggere con attenzione perché ci sono tante “cose” da apprendere per rin vigorire la nostra cultura che troppo spesso si sazia grazie a “vitamine”. •

*Luciano Sterpellone
“A pranzo con la storia”
Società Editrice Internazionale
Torino – collana “Sei frontiere”*

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

Medici oggi. Viaggio nel mondo degli ospedali

In Italia si trovano strutture sanitarie di eccellenza e medici di grande competenza professionale. Perché, allora, il problema della malasanità è diventato tanto assillante? Massimo Palleschi, primario ospedaliero di lunga esperienza, affronta questa scottante tematica osservandola dall'interno.

In un'ottantina di brevi capitoli, scritti con linguaggio immediato, egli fornisce una serie di quadretti, ora ironici, ora lucidamente critici, sugli aspetti più significativi del ricovero ospedaliero: dalle liste di attesa alla visita medica; dall'operato dei medici e degli infermieri alla richiesta di un "pappagallo"; dai concorsi ospedalieri alla lamentata scarsità di sanitari; dall'organizzazione dei nosocomi alle richieste sindacali; dal Giuramento di Ippocrate al recupero dei grandi valori della Medicina, fornendo così al lettore preziosi spunti di riflessione sulla realtà ospedaliera.



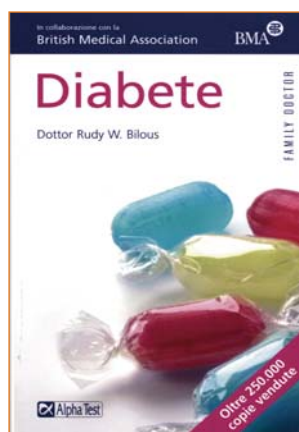
Massimo Palleschi

"Medici Oggi. Viaggio nel mondo degli Ospedali"

Armando Editore, Roma - pp.125, euro 13,00

Diabete

Il manuale di Rudy W. Bilous, Presidente della Diabetes UK (già British Diabetic Association), tradotto per la British Medical Association da Anna Giaele e pubblicato a cura di Francesca Desiderio, illustra i modi in cui i diabetici possono prendersi cura di se stessi attraverso accorgimenti alimentari, forme di controllo, cure e abitudini adeguate.



Il diabete colpisce il 5% della popolazione, ma la maggior parte di chi ne è affetto oggi può condurre una vita normale perché la conoscenza approfondita di questa malattia e il perfezionamento delle cure attualmente a disposizione danno spazio a prospettive sempre migliori per il futuro.

Con l'aiuto di illustrazioni, schemi e tabelle di facile interpretazione, il libro, che non intende sostituirsi agli indispensabili consigli di un medico curante, offre tutte le informazioni necessarie per imparare a tenere questa malattia sotto controllo.

Rudy W. Bilous

"Il Diabete"

Alpha Test S.r.l. Milano pp 167, euro 8,50

Manuale di sopravvivenza scolastica

L'intento di Giovanni Petracca non è quello di suggerire metodi di studio o tecniche di apprendimento, bensì di fornire ai giovani della scuola dell'obbligo e dei corsi ad essa successivi quegli elementi che possano farli sentire meno soli e sfiduciati nelle varie circostanze dell'esperienza di studio, offrendo loro una descrizione meditata delle diverse situazioni che possono verificarsi e dei comportamenti di studenti e professori nel mondo della scuola e dell'università.

Il risultato finale è che questo libro offrirà anche al lettore che ha terminato gli studi, e particolarmente a chi, dopo questa esperienza che lo vedeva incluso nella classe degli studenti, si trova ormai ad avere la parte di genitore o, addirittura, di insegnante, un'amena lettura ricca di osservazioni che mettono in risalto lo spirito critico e satirico dell'autore.



Giovanni Petracca

"Manuale di sopravvivenza scolastica"

pp. 131, www.lulu.com

I santi dei malati

Mario Benatti presenta trentadue profili di Santi eccezionali per la loro fede e carità, da San Giovanni di Dio alla Beata Madre Teresa di Calcutta, che hanno testimoniato la speranza cristiana tra i fratelli ammalati, dando spesso origine, con la loro azione, ad istituzioni ospedaliere come oggi vengono intese.

Queste illustri figure, vissute in un arco di tempo che va dalla fine del Quattrocento al Novecento, sono inquadrare nel momento storico e nei luoghi che hanno fatto da sfondo alla loro operosità, con accenni all'ambientazione socio-culturale e alle vicende religiose ed ecclesiali che si sono trovati a vivere collocandosi in una prospettiva di medicina cristiana volta ad un paradigma antropo-teologico e di consapevolezza del limite, che è il limite umano: fisico, psicologico, morale e spirituale.



Mario Benatti
"I santi dei malati"

Edizioni Messaggero, Padova - pp.221, euro 10,00

Viaggiando con Frodo

Il percorso che l'adolescente maschio deve fare per raggiungere l'autostima, la fiducia in sé e negli altri e un atteggiamento di disponibilità verso l'intimità, viene affrontato da Michele Novellino ripercorrendo il viaggio iniziatico e metaforico di Frodo e degli altri personaggi del Signore degli anelli di Tolkien. Le vicende del capolavoro letterario e le più recenti acquisizioni psicologiche e psicoanalitiche del codice maschile e della centerfold syndrome sono utilizzate dall'autore per rappresentare i conflitti, i contrasti e i tormenti che deve affrontare un adolescente per raggiungere lo stadio di una vera mascolinità e virilità.

Questo lavoro costituisce il completamento dei tre precedenti saggi che Novellino ha dedicato all'evoluzione psicologica maschile: La sindrome di Pinocchio, La sindrome dell'Uomo Mascherato e La sindrome di Don Giovanni.



Michele Novellino
"Viaggiando con Frodo"

Armando Editore, Roma - pp. 156, euro 15,00

In breve

Silvia Iannello

CANI SCRITTI

Interessante antologia di brani ispirati dalla figura del cane. Il fedele Argo omerico, il braccio di Cane e padrone di Thomas Mann, la vergine cuccia del Parini e tanti altri protagonisti a quattro zampe tratti da passi della Bibbia e da opere di filosofi, poeti e scrittori famosi dell'antichità e dei nostri giorni sono stati scelti e commentati per la gioia dei cinofili ...e non solo!

Mursia Editore, Milano

pp. 370, euro 19,00

Giorgio Bertolizio

IL VANGELO DI SATANA

C'è forse un po' di esagerazione in questo titolo perché il demone non vi ha nulla a che fare. Il libro raccoglie, infatti, brani di una ventina di apocrifi neotestamentari che vanno dalla promessa matrimoniale di Giuseppe e Maria, alla vita e predicazione di Gesù fino al processo e alla sua passione e morte. L'interesse è notevole.

Edizioni Clandestine, Marina di Massa

pp. 255, euro 12,00

Edio Felice Schiavone

SCHEGGE (IO E IL MIO TEMPO)

Nuova raccolta di poesie, alcune delle quali già presenti nel precedente volume "Io, l'uomo e gli amici". In queste liriche le impressioni e i ricordi della fanciullezza, espressi quasi in onirica rappresentazione, diventano il parametro di giudizio dell'incongruenza degli adulti e condanna della guerra, "idra umana da distruggere".

Bastogi Editrice Italiana

pp. 50, euro 7,00

Franco Dionigi

IN CASO DI POESIA

Sono liriche colte e meditate quelle riunite nelle tre parti di questo libro: Poesie, Racconti in versi ed Epigrammi. Il loro linguaggio elegante, nel quale sono qua e là incastonate, come gemme preziose, parole dialettali, greche, latine, francesi e tedesche, sembra voler far da argine alla crisi della poesia lamentata in non pochi versi.

Anna Cuculo Group, Torino

pp. 171

Maria Giovanna Luini

UNA STORIA AI DELFINI

Romanzo breve in forma di autobiografia che narra una parte della vita di una dottoressa trovata a vivere intensamente due amori diversi e un affetto infinito per il figlioletto. Vicende anche scabrose, ma raccontate con eleganza e distacco. Una tragedia finale e meditazioni sulla vita che forse è riduttivo considerare proprie di un'animo femminile.

www.edizionicreativa.it

pp.100, euro 10

Novara

Ospedale - illegittimo lasciare incombenze ad altri turni

Gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, sono tutti "ex lege" portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex art. 2 e 32 cost, nei confronti dei pazienti, la cui salute devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità; l'obbligo di protezione perdura per l'intero tempo del turno di lavoro e, laddove si tratti di un compito facilmente eseguibile nel giro di pochi secondi, non è delegabile ad altri. (Fattispecie in cui è stato escluso che fosse giustificato il comportamento di un infermiere che, in prossimità della fine del turno di lavoro, delegava un collega per eseguire l'ordine impartitogli da un medico di chiamare un altro medico, ordine facilmente e rapidamente eseguibile attraverso un citofono).

(Cassazione penale, Sez. IV, Sentenza 13.9.2000, n.9638 da LaPrevidenza, 13/01/2008 - Mauro di Fresco)



Bologna

Modalità operative e criteri valutativi negli accertamenti sanitari di rilascio del contrassegno auto

Ai sensi dell'art. 381, c. 3 del DPR 495 DEL 16/12/92 così come modificato dal DPR 6/10/96, il contrassegno auto viene rilasciato dal Sindaco del Comune di residenza, previo accertamento sanitario, a "soggetti con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta".

Per il rilascio della autorizzazione di cui al comma 2, l'interessato deve presentare domanda al sindaco del comune di residenza, nella quale, oltre a dichiarare sotto la propria responsabilità i dati personali e gli elementi oggettivi che giustificano la richiesta, deve presentare la certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Unità sanitaria locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta. L'autorizzazione ha validità 5 anni. Il rinnovo avviene con la presentazione del



certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio. Conservano la loro validità le autorizzazioni e i corrispondenti "contrassegni invalidi" già rilasciati. All'atto del rinnovo, il contrassegno dovrà essere adeguato alle presenti norme. Per le persone invalide a tempo determinato in conseguenza di infortunio o per altre cause patologiche, l'autorizzazione può essere rilasciata a tempo determinato con le stesse modalità di cui al comma 3. In tal caso, la relativa certificazione medica deve specificare il presumibile periodo di durata della invalidità. (Anche le autorizzazioni temporanee possono essere rinnovate così come previsto dal comma 3).

Brescia

Cari Colleghi, oggi è necessario riconoscere e tener presente che effettivamente esistono persone e strutture che si pongono contro di noi, talora anche inconsciamente, ma comunque in modo deciso e pericoloso. È una situazione spiacevole, molto diversa da quell'affetto e stima diffusi ed indiscussi che ci circondavano sino a non molti anni or sono; è una situazione di cui anche noi portiamo qualche responsabilità; ma che certamente è soprattutto figlia di una società irrazionalmente dissacrante, autolesionista, tanto valida nel distruggere quanto incapace di costruire.

A questa società, a questi cittadini, a queste strutture, nonostante tutto noi medici comunque dobbiamo ancora tendere la mano per aiutarli non solo a vivere l'evento malattia nel modo migliore, ma anche per farli uscire da un ambito schizofrenico, irrazionale ed autodistruttore. Ma tutto ciò sarà possibile solo se la comunità medica saprà esprimere determinatezza, coesione, generosità, competenza. Ed un modo concreto per esprimere tutto ciò è anche, ma certamente non solo, fattibile sostenendo la struttura ordinistica, vivificandola con l'attiva e partecipata presenza, facendone il punto di riferimento di tutti gli iscritti in quanto medici ed odontoiatri, al di sopra delle singole posizioni professionali, coscienti del valore e dell'unicità della nostra professione, orgogliosi della nostra "missione" ma ancora pronti a capire e soccorrere l'uomo che soffre.

Raffaello Mancini



Polizza sanitaria, rinnovi e nuove adesioni

Entro il 31 luglio dovranno essere effettuati i pagamenti per chi intende confermare la polizza sanitaria sottoscritta negli anni precedenti e per coloro che intendono iscriversi per la prima volta

di Aurelio Grasso (*)

La polizza in vigore ha durata biennale e i premi e le garanzie previste per coloro che si erano iscritti per l'anno 2007-2008 restano quindi immutati. Coloro che intendono iscriversi per la prima volta avranno lo stesso premio e le stesse garanzie, ma naturalmente la copertura assicurativa parte dalla data di sottoscrizione e non copre la patologia pregressa.

L'esperienza maturata in molti anni di gestione ci dice che questa polizza ha trovato notevole gradimento nei medici e nei loro familiari e addirittura per un consistente nucleo di iscritti è divenuta la polizza di famiglia.

Ricordiamo che i punti innovativi di maggior valenza sono rappresentati dall'assistenza diretta che consente di usufruire di prestazioni nelle strutture convenzionate senza alcun esborso e senza alcuna franchigia e nel raddoppio della diaria giornaliera senza carenza dei primi tre giorni, sostitutiva dei rimborsi e delle spese sostenute.

Inoltre vi sono anche miglioramenti della garanzia prevista per i Gravi Eventi Morbosi.

L'andamento dell'assistenza diretta sembra aver prodotto significativi risparmi e questo rappresenta un nostro effettivo interesse in quanto consentirà all'Ente non solo di controllare i costi relativi ai premi, ma anche di aumentare ulteriormente le garanzie. L'assistenza diretta sembra destinata ad essere la scelta di gran lunga prevalente nelle prestazioni garantite da questa polizza; occorre però, mettere in evidenza quelle formulazioni contrattuali che garantiscono entrambe le parti per non danneggiare l'assicurato e per evitare una perdita economica alla Compagnia. Premesso che dalle certificazioni inviate a corredo della richiesta spesso non vi sono elementi probativi per avallare una reiezione così motivata, rimane il fat-

to che qualora a successive verifiche, anche a seguito di contenzioso, venisse riconosciuto il diritto all'indennizzo, l'assicurato ha già dovuto pagare subito le spese direttamente e quando verrà rimborsato avrà un sicuro danno economico in quanto perderà le somme dovute alle franchigie contrattuali. Anche la Compagnia, però, avrà un danno in quanto dovrà sostenere l'esborso di somme molto maggiori.

Si suggerisce quindi una maggiore flessibilità nel rilascio delle autorizzazioni ed un rigoroso impegno di restituzione delle somme anticipate dalla Compagnia da parte dell'interessato nei casi ritenuti non indennizzabili.

Si ricorda anche l'ottimo funzionamento della Commissione Paritetica prevista nella polizza che ha risolto molti casi, evitando i costi e i lunghi contenziosi.

Al riguardo si rammenta che l'assicurato, se non convinto del parere della Commissione, potrà sempre ricorrere alla procedura arbitrale. L'esperienza ci fa suggerire che tali eventuali ricorsi, ol-

tre ad avere un onere economico di una certa valenza, difficilmente ribalteranno il parere espresso dalla Commissione che in tutti i casi trattati procede ad approfondimenti di ordine medico legale con assoluto impegno dei suoi componenti.

Proprio per il gradimento manifestato per questa polizza l'Ente ha allo studio una polizza integrativa per la malattia che dovrebbe avere caratteristiche di bassissimo costo e di riconoscimento di una diaria giornaliera in caso di ricovero in assenza di intervento chirurgico.

Questo, ad esempio, consentirebbe di godere di una somma da destinare ad una migliore sistemazione di tipo alberghiero, tanto gradita quando si è sofferenti, oltre alla possibilità di recupero anche di eventuali spese accessorie.

Per concludere ricordiamo che per coloro che sono già iscritti è previsto l'invio al domicilio di MAV per il pagamento del premio relativo all'annualità successiva, mentre per coloro che si iscrivono per la prima volta occorre la sottoscrizione del modulo che si trova nella pagina seguente e che vale per le garanzie dal 1 giugno 2008 al 31 maggio 2009.

Per quanto riguarda l'informazione sulle modalità di adesione è attivo un "Call Center" presso la Ionica Meridionale al numero 199168311 dall'1/4/08 al 31/7/08.

Il modulo di adesione è scaricabile dal sito www.enpam.it.

(*) Consigliere Enpam

**La Commissione
paritetica
evita costi
ed abbrevia
i tempi
del contenzioso**

INFORMAZIONI PARTICOLAREGGIATE A PAG. 64

Alla polizza /Convenzione Enpam- Generali – Annualità 01.06.2008 – 31.05.2009 – Scadenza delle adesioni al 31.05.2008

[illegible][illegible][illegible][illegible]

☐ 1) Solo Medico – costo annuale ☐ 2) Intero Nucleo Familiare ☐ 2a) Medico e UN solo familiare - Costo annuale € 360,00

☐ **2b) Medico e Due o più familiari – Costo annuale €480.00**

firma per adesione alla polizza

(firma)

(firma)

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

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





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

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

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

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

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

NOTE:

(1) L'art.4, co.1, lett. d) del D.Lgs. 196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.

(2) Conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

(3) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che inseriscono il Suo nome tra gli assicurati o i beneficiari, o che La qualificano come danneggiato (v. polizze di responsabilità civile).

(4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti, produttori d'agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi; società del gruppo e altre società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, e in caso di consenso commerciale di cui ai punti a) e b) di cui sopra, di società specializzate in servizi di ricerche di mercato, indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e 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.



14 GIUGNO 1982

Fine della guerra tra Gran Bretagna ed Argentina scoppiata per il controllo delle isole Falkland.

15 GIUGNO 1979

Il Giro d'Italia viene vinto da Giuseppe Saronni.



Giuseppe Saronni

17 GIUGNO 1972

Una "squadra" incaricata di condurre operazioni di sabotaggio e spionaggio viene sorpresa all'interno degli uffici del partito democratico, nel complesso del Watergate a Washington.

7 GIUGNO 1970

Per la prima volta in Italia si svolgono le elezioni regionali nelle regioni a Statuto ordinario.

5 GIUGNO 1967

Guerra dei sei giorni. Il 5 giugno l'aeronautica israeliana attacca Egitto, Giordania e Siria; il 6 i carri armati conquistano la Striscia di Gaza; il giorno dopo le truppe della stella di David arrivano a pochi chilometri dal Canale di Suez; l'8 giugno conquistano il Canale; il 9 conqui-

Giugno e le sue storie...

I giovani hanno quasi tutti il coraggio delle opinioni altrui

Ennio Flaiano, Diario notturno

stano il Sinai ed il 10 l'esercito israeliano occupa le alture del Golan in Siria. Lo stesso giorno l'Onu impone il cessate il fuoco ed i combattimenti hanno termine.

6 GIUGNO 1968

Altra tragedia per la famiglia Kennedy: dopo l'uccisione di John anche Robert, candidato alla presidenza per il Partito democratico, viene assassinato.



Robert Kennedy



The Platters

3 GIUGNO 1956

Negli Stati Uniti viene inciso il disco dei Platters "Only you".

12 GIUGNO 1964

In Sudafrica Nelson Mandela viene condannato all'ergastolo.

2 GIUGNO 1946

Si svolge in Italia il referendum istituzionale per scegliere tra monarchia o repubblica. Il risultato finale fu il seguente: repubblica 12.717.923 voti, monarchia 10.719.284 voti e 1.509.735 schede bianche o nulle.

22 GIUGNO 1941

La Germania nazista, senza una dichiarazione di guerra, attacca l'Unione Sovietica con l'"Operazione Barbarossa".

26 GIUGNO 1936

Focke-Wulf FW 61: è questo il nome dato al primo elicottero che in Germania, a Brema, viene collaudato dal pilota Ewald Rohlf.

8 GIUGNO 1928

Le truppe di Chiang Kai-shek conquistano Pechino ed ha così termine la marcia iniziata nel 1926. Sarà lo stesso Chiang Kai-shek, una settimana dopo, a dichiarare che il Paese è riunificato.



Chiang Kai-shek



Naturale integratore di Vitamina C

Una pianta, l'Acerola, il cui succo è noto in Brasile come il "cibo dell'anima". Aiuta l'organismo a potenziare le difese immunitarie. I principi attivi e le interazioni

di **Carolina Bosco**
Mastromarino

Le *Malpighiaceae* sono piante cespugliose o lianose che vegetano nei terreni argillosi e ricchi di humus dell'America centrale. Le più note sono: la *M. glabra*, la *M. urens*, la *M. emarginata* e la *M. puniceifolia* detta anche ciliegia delle Indie. Alcune specie sono coltivate a scopo ornamentale per la loro abbondante fioritura. La corteccia della *M. puniceifolia* contiene una sostanza ric-

ca di tannini, detta manguita, che si usa per la concia delle pelli. Nessuna specie di questa famiglia è presente in Italia.

La *Malpighia glabra*, o Acerola, denominata anche ciliegia amazzonica, ha le foglie opposte, lanceolate, ovali con margine intero,

**Vegeta spontanea
nelle Barbados,
nelle Antille
e nel Brasile**

fornite alla base di ghiandole. Quelle giovani sono di colore rossiccio, ma crescendo diventano verdi. I fiori di colore rosso hanno cinque petali e dieci stami. I frutti somigliano alle nostre ciliegie, ma la polpa divisa in spicchi ha un sapore acidulo e contiene un grosso seme. La caratteristica di queste piante è la presenza di peli urticanti. Questa pianta vegeta spontanea nelle Barbados, nelle Antille e in buona parte del Brasile, dove il suo succo è usato come da noi si

usa il succo di arancia. Il tenore in vitamina C del succo dipende dal periodo di raccolta, dal clima e dalla località.

Principi attivi: vitamina C (5 g. di succo contengono 116 mg di vitamina C, 28 parti in più di quanta ne contiene un limone), carotene, proteine, tiamina, riboflavina, niacina, destrosio, fruttosio, saccarosio, sali minerali (calcio, ferro, magnesio), vitamina A il doppio delle carote. Il succo concentrato di Acerola, ricchissimo di vitamina C, in Brasile è detto cibo dell'anima, ed è utilizzato come antianemico, antinfiammatorio, astringente, antipiretico, anticolsterolo, antimicotico e diuretico.

Per l'alto contenuto in vitamina C è ritenuto un ottimo antiossidante, pertanto è entrato a far parte di molti prodotti cosmetici per la cura della pelle e contro l'invecchiamento. L'Acerola, assunta nelle giuste dosi, in questa stagione rappresenta una buona integrazione di vitamina C di origine naturale che aiuta l'organismo a potenziare le difese immunitarie per reagire in modo ottimale alle malattie da raffreddamento.

Non se ne conoscono controindicazioni a meno che non sia accertata ipersensibilità verso uno dei suoi componenti.

Interazioni: l'Acerola a forti dosi interferisce con l'assorbimento degli idrochinonici (uva ursina, corbezzolo). •

Ginestre, papaveri, gerani e gli altri fiori dell'estate

Una stagione, quella estiva, in grado di trasformare i giardini in ambienti "incantati". Come non rimanere colpiti dalle più svariate sfumature di colore della viola del pensiero?

di **Diana Geraldini**

Lestate, grande dispensatrice di colori sgargianti: il giallo brillante delle ginestre, la tavolozza dei rossi, dei rosa, dei bianchi dei gerani, i blu delle ortensie, i delicati papaveri, le variegiate viole del pensiero, gli arancioni delle tagete. Ecco una sintesi di ciò che offre il periodo estivo, sintesi che sarebbe più che sufficiente per adornare qualsiasi giardino. Prendiamo la ginestra; questa pianta la fa da padrona in tutta l'area mediterranea, ma la si trova anche nelle zone interne. È un arbusto che più rustico non si può, dato che vive in terreni aridi, argillosi, pietrosi. È forse, per il nostro paese, un fiore-simbolo della stagione, formando grandi macchie gialle che dal livello del mare salgono fino alle colline più alte.

Altra pianta estiva è la lavanda, che da noi è soprattutto utilizzata per ornare giardini, ma che, ad esempio, in Francia, nella Provenza, viene coltivata intensivamente per essere impiegata nell'industria profumiera. È un arbusto rustico, sempreverde, senza grandi pretese; ogni terreno gli va bene purché esposto in pieno sole; specialmente verso sera, quando l'aria diventa più umida,

la sua fragranza renderà il giardino incantato. Non meno profumato è il gelsomino quello classico è pianta assai delicata che solo nelle zone calde sopravvive, ma ce n'è un tipo assai resistente e non meno profumato che si arrampica velocemente e si chiama ricosperna. Parliamo ora della clematide; il suo nome deriva dal greco, "Klema", che significa tralcio di vite per il suo portamento "rampicante". Ne esistono innumerevoli specie dai colori più vari che vanno dal bianco al lilla, al

rosso, all'azzurro, al viola. Fioriscono maggiormente in giugno, con uno o più "replay" in tono minore. Dei gerani c'è poco da dire: basta alzare lo sguardo verso finestre e balconi per vedere cascate di fiori di vari colori e di diverse dimensioni. C'è il pelargonio zonale, un ibrido dalle grandi foglie carnose e i fiori riuniti ad ombrello, solitamente di colore carminio, ma anche bianchi, arancio, malva, salmone. E che dire dei prorompenti "francesini", dai fiori piccoli ma abbondanti?

Qualcuno disse: "basta un'ortensia per fare un giardino". Con i suoi fiori enormi rosa, blu bianchi, riesce in poco tempo a svilupparsi in maniera gigantesca, riempiendoci di influorescenze a partire da giugno. È una pianta che pur rustica e perenne, pretende qualche cura particolare: vuole un luogo parzialmente ombreggiato, un terreno fertile e abbondanti annaffiature. Chi a giugno non è rimasto incantato da un campo di grano color oro punteggiato da innumerevoli macchie rosse? È il papavero, delicata pianticella selvatica che vi consigliamo di non cogliere perché reciso il fiore si sfalda rapidamente. Negli ultimi tempi sono stati creati numerosi ibridi adatti ad essere coltivati nei giardini e dai colori diversi: bianchi, arancio, gialli. Una delle piante da giardino più famose, adatta per aiuole e bordure, è la viola del pensiero, dalle più svariate sfumature di colore tanto da creare imbarazzo al momento della scelta. Questa rapida carrellata sulle piante dell'estate si conclude con un accenno alle tagete. Originarie del Messico, stanno bene al sole e offrono un'abbondante fioritura che vira dal giallo all'arancio e che è capace di animare qualsiasi zona del giardino. •



Rivivere i ricordi inventandosi un paese

da Tunisi, Maricla Tagliaferri

Esattamente un anno fa non c'era niente a Ben Arous, sobborgo di Tunisi. Solo le macerie di una fabbrica di cemento. Poi è arrivato il cinema. E ora, su quei sei ettari desolati, rivive un intero paese siciliano, Bagheria, il luogo in cui Giuseppe Tornatore è nato 51 anni fa, scelto dal regista per raccontare un secolo di

Storia e storie d'Italia, dal 1910 ai giorni nostri, nel suo nuovo film.

"Baaria", si intitola, dall'antico nome fenicio tuttora usato nel dialetto locale. "Sarà - dice il premio Oscar di "Nuovo cinema Paradiso" - il mio film più personale, ma non autobiografico. I grandi fatti della Storia, la guerra, il fascismo, la ricostruzione, saranno visti attraverso gli occhi di tre generazioni della stessa famiglia. E tutto sarà filtrato, come sempre nei miei film, dagli affetti. Soprattutto gli anni fra i '50 e i '70, in cui la politica era una cosa buona, con cui la gente credeva di poter cambiare il mondo, in meglio". "Baaria" ha tutti i numeri del kolossal: sono stati ricostruiti i due corsi principali della vera Bagheria, uno di 400 e l'altro di 200 metri, più stradine laterali, piazze e piazzette, la chiesa, i cinema, il mercato del pesce, posti che non esistono più e che, nel corso delle 25 settimane di riprese, si trasformano con il passare degli anni; 104 gli interni, compresa la casa della nonna di Peppuccio Tornatore. Un lavoro titanico, un set tre volte più grande di quello allestito a Cinecittà per "Gangs of New York" di Scorsese. Ci lavorano 350 persone fra falegnami, fabbri, stuccatori, in maggioranza tunisini, sotto la guida dello scenografo Maurizio Sabatini, che s'è basato sulle foto d'archivio e su quelle raccolte porta a porta, nelle singole case, dai vigili urbani di Bagheria.

Le piastrelle d'asfalto delle strade vengono dalla Sicilia. I ciottoli sono, sì, di vetro resina, ma identici a quelli vecchi, realizzati a partire da un calco degli ultimi acciottolati rimasti in paese. Perfino i muri scrostati sono uguali agli originali, così come le ringhiere dei balconcini. Perfino la statua di San Giuseppe che viene portata in processione è una copia perfetta. "Ma sarebbe potuta essere quella vera, ché il parroco me l'aveva concessa - ride il regista -. Io non l'ho voluta per paura che si rovinasse. I portantini, però, sono stati istruiti dai veri portantini di Bagheria".

In mezzo a tutto questo si muoveranno circa 20.000 comparse, tutte tunisine: "Perché facce così in Sicilia non si trovano più. Sono tutti più ciociottelli, hanno sguardi diversi", spiega Tornatore. Saranno 46 gli attori professionisti e forse più, il cast continua a farsi. Per certo vedremo, fra gli altri, Monica Bellucci, Beppe e Rosario Fiorello, Ficarra e Picone, Michele Placido, Raoul Bova, Gabriele Lavia. Protagonisti, però, due giovani sconosciuti: Margareth Madè, modella originaria di Pachino, e Francesco Scianna, nativo di Bagheria. Tanto lusso è consentito dall'impegno dei produttori, Tarak Ben Ammar e Medusa Film, che comunque riusciranno a contenere i costi entro i 20 milioni di euro proprio grazie alla trasferta tunisina, dove la paga giornaliera delle maestranze è di circa 9 euro.

Tornatore, ma era proprio necessaria tanta pignoleria? "Sì - risponde con un perentorio sorriso -. Mi dà la certezza di essere proprio lì. Sento gli odori, vedo le facce, rispolvero ricordi, mi si chiariscono cose che magari non avevo considerato in sceneggiatura. È come una seduta psicanalitica, da cui però affiora non dolore, ma gioia e infatti sarà una commedia. Ho scoperto di avere avuto un'infanzia felice, in una famiglia che mi ha concesso di seguire i miei sogni". •



Precisazione

Nell'articolo "Dalla Asl un film per ragazzi", comparso sullo scorso numero, a firma di Maricla Tagliaferri, la frase "una popolazione di 8mila studenti, in 400 scuole", va integrata nel modo seguente: "una popolazione di 8mila studenti, in 400 classi, in 26 scuole medie e superiori". Ci scusiamo per il refuso.

Herbert von Karajan, le mani tese...

di Piero Bottali

È stato ben più che un grande direttore d'orchestra: la sua fortissima personalità, il suo modo peculiare e inconfondibile di dirigere, le sue scelte politiche e non ultimo il suo carattere gli crearono consensi mondiali e critiche feroci. Considerato il migliore direttore d'orchestra del dopoguerra, a quasi vent'anni dalla

sua morte è ancora ricordato come il direttore con il maggior numero di incisioni discografiche registrate e dal vivo, in particolare con i Berliner Philharmoniker, che ha guidato per trentacinque anni. Heribert Ritter von Karajan apparteneva ad una famiglia alto-borghese di origine greca. Il suo bis-bisnonno si chiamava Georg Johannes Karajannis ed era nato a Kozani, oggi in Macedonia ma nella metà del '700 facente parte dell'impero ottomano. Karajannis nel 1767 partì per Vienna e poi per la Sassonia lavorando nell'industria tessile. Nel 1792 l'imperatore Federico Augusto

lo fece nobile e al cognome mutato in Karajan premise la particella von. La vita e la carriera di Herbert von Karajan furono straordinariamente lineari sulla strada della musica, studiando il pianoforte a soli quattro anni ed a cinque già in grado di esibirsi in pubblico. A diciotto anni esordì come pianista professionista, a ventuno iniziò la carriera di direttore d'orchestra. Nel 1933 la sua adesione al partito nazionalsocialista ne provocherà l'allontanamento forzato dalla scena musicale al termine della seconda guerra mondiale, e gli procurerà molti problemi futuri con musicisti ebrei quali Isaac Stern e Itzhak Perlman i quali vollero ignorare che nel 1942 avesse sposato l'ebrea Anita Gue-termann. Forti e contraddittorie le opinioni dei critici e degli appassionati: tutti concordano sul fatto che Karajan avesse il dono di saper estrarre un suono magnifico dall'orchestra: *"...il maestro sembra aver adottato un suono per tutte le stagioni, raffinatissimo, modellato, di calcolata voluttuosità, che potesse essere applicato, con piccole, appropriate modifiche da Bach a Puccini, da Mozart a Mahler, da Beethoven a Wagner, da Schumann a Stravinsky..."*, commenta il critico americano Harvey Sachs. Che però aggiunge: *"...molte delle registrazioni di von Karajan sono esageratamente lucidate..."*, mentre altri critici parlando della registrazione del 'Tristano e Isotta' scrivono che *"...quella di Karajan è un'esecuzione sensuale di uno dei capolavori di Wagner, carezzevolmente splendida e suonata superbamente dai Berliner Philharmoniker..."*. Tuttavia gli stessi autori gli rimproverano *"uno stile da big band nella registrazione delle 'Sinfonie parigine' di Haydn..."*.

Un personaggio tanto possente quanto ostico per molti che lo accusavano di attaccamento agli alti compensi, di egocentrismo e di "istrionismo da podio", caratteristica, questa, che avrebbe diviso con Leonard Bernstein. David Oistrach, che pure aveva avuto motivi di attrito, lo considerava *"il più grande direttore vivente, maestro in ogni stile"*. •

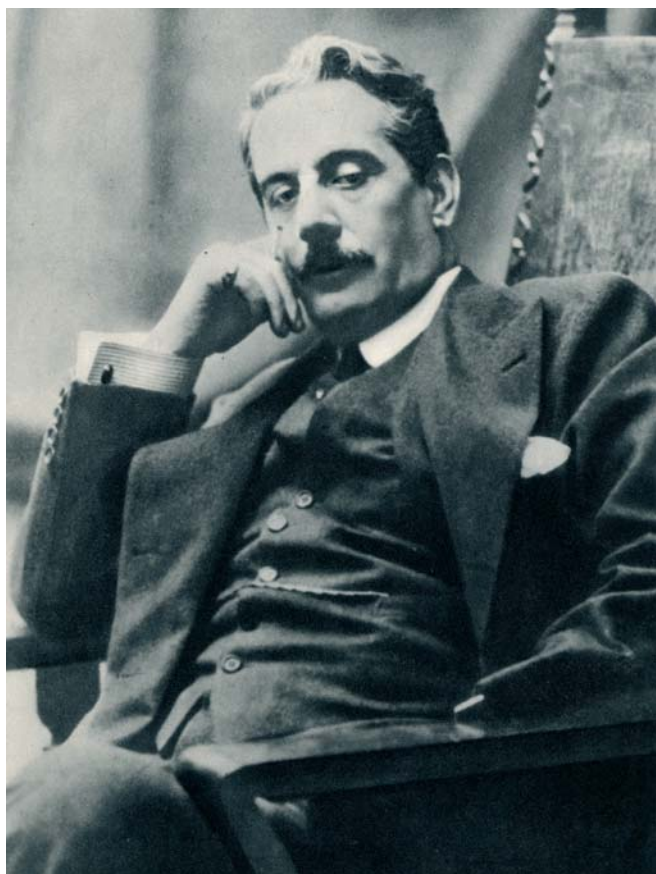


Giacomo Puccini e l'opera infinita

Ripercorriamo la vita del grande Maestro per ristabilire, dopo un secolo e mezzo dalla nascita, quel corretto approccio che la sua popolarità ha spesso oscurato

di Riccardo Cenci

"Tenero, gentile, affettuoso, allegro – eppure sempre con quel tocco di tristezza che trapelava dalla sua espressione persino quando sorrideva”, così Vincent Seligman, figlio di quella Sybil che fu sua grande amica e confidente, ricorda Giacomo Puccini. Carattere semplice il suo, diretto e comunicativo come la sua musica, privo di qualsiasi intellettualismo, modesto, capace di un umorismo tipicamente toscano, come riferiscono le testimonianze degli amici, amante della caccia e dei piaceri quotidiani, come una partita a carte in compagnia; i suoi difetti, l'infedeltà coniugale ad esempio, che pure non metteva in dubbio il suo attaccamento alla famiglia, contribuiscono a restituirne un'immagine di grande umanità, per nulla distante e inaccessibile. Le celebrazioni per i centocinquanta anni dalla nascita costituiscono l'occasione per ripensare la sua arte, ristabilendo quel corretto approccio critico che un'enorme popolarità ha sovente oscurato. Arduo è scoprire l'origine



di una vocazione; l'immagine tramandata dai biografi del giovane Puccini il quale, dopo aver percorso a piedi i venti chilometri che separano Lucca da Pisa, assiste ad una rappresentazione di *Aida* e ne rimane folgorato, è ricca di fascino, ma non deve far dimenticare che la realtà è più complessa. Giova certo all'artista l'essere nato da una di-

nastia di musicisti, in una città piccola ma dalla lunga e duratura tradizione musicale. Appare subito chiaro che le sue ambizioni, lungi dal poter essere confinate in una dimensione provinciale, necessitano di un orizzonte più vasto che solo Milano, vero punto di riferimento nel panorama culturale della penisola, può fornirgli. Qui il

giovane compositore, oltre a trascorrere un'esistenza precaria che troverà eco nella *Bohème*, si avvale degli insegnamenti e dell'aiuto di Ponchielli, stringe amicizia con Mascagni, temperamento burrascoso esattamente opposto al suo, con il quale convive per un certo periodo. Il debutto operistico con *Le Villi* attrae l'attenzione dell'editore Giulio Ricordi, dando vita ad un duraturo sodalizio. Tanta è la fiducia che questi ripone nel suo giovane pupillo da difenderlo a spada tratta di fronte all'assemblea degli azionisti i quali, dopo l'insuccesso di *Edgar*, sua seconda fatica, ne propongono l'esclusione. Il loro rapporto trascende il livello professionale se Ricordi, in futuro, si permetterà di stigmatizzarne i comportamenti, come farebbe un padre con il proprio figlio, invitandolo ad evitare che qualsiasi distrazione femminile interferisca con il suo lavoro. Qui termina l'apprendistato di Puccini ed inizia la sua produzione maggiore, a partire da quella *Manon Lescaut* con la quale afferma un proprio personale progetto di drammaturgia. I quattro atti che compongono l'opera sono quattro momenti psicologici autonomi, quattro immagini forti che si impongono alla nostra attenzione. Il fatto che la struttura a quadri, che ritroveremo in *Bohème*, sacrifichi la continuità logica degli eventi, è del tutto irrilevante. L'unità è nella ricchezza della scrittura orchestrale, nella fitta trama

Una tristezza che trapelava dall'espressione anche quando sorrideva

di relazioni motiviche che il compositore aveva assimilato dalla lezione wagneriana, nell'integrazione totale fra musica ed azione. Con Puccini *Tristano e Isotta* scendono sulla terra; in tal senso nessuna trasfigurazione è possibile, ma solo una morte solitaria in una landa desolata.



Il contemporaneo interesse di Leoncavallo al romanzo di Murger, *Scènes de la vie de bohème*, non scoraggia affatto Puccini dall'idea di trarre un'opera dal soggetto ("Egli musichi, io musicherò. Il pubblico giudicherà", scrive). I librettisti Illica e Giacosa, che lo accompagneranno fino alla morte di quest'ultimo, avvertono nel 1906, consegnano un testo di grande freschezza; la toccante immediatezza della vicenda ispira al compositore una partitura nella quale il realismo di alcuni

procedimenti musicali, l'ironia e lo straziante lirismo convivono in un mirabile equilibrio. Una curiosità che la dice lunga sul carattere di Puccini è la concomitante fondazione del "Club della Bohème", una sorta di associazione goliardica all'insegna del buon cibo, del gioco d'azzardo e di una visione spensierata della vita. Alla successiva *Tosca*, tratta dall'omonimo dramma di Sardou, spetta la palma di opera più popolare nella produzione del compositore, ma non della più riuscita se persino Giulio Ricordi esprimeva perplessità sulla condotta musicale del terzo atto, certo un poco fram-

mentario. L'enorme successo di cui gode è legato al suo carattere spiccatamente teatrale, quasi cinematografico vorremmo dire, al ritmo serrato unito ad una drammaturgia a tinte forti. Elemento non secondario la presenza di un carattere ricco di sfumature come quello di Tosca, vera antagonista del perfido Scarpia, passionale eppure legata ad una religiosità tutta esteriore, fragile e decisa al tempo stesso. Al confronto la personalità sentimentale e patriottica di Cavaradossi è molto meno interessante.

Con *Madama Butterfly* si conclude il primo periodo creativo di Puccini; nella vicenda della fanciulla Cio-Cio-San, sedotta e abbandonata dal superficiale Pinkerton, l'autore offre un saggio di introspezione psicologica, mostrando la trasformazione di un'adolescente in donna, capace dell'estremo sacrificio. All'inizio del 1909, per quegli strani casi che mettono in relazione l'arte con la vita, un fatto tragico sconvolge l'esistenza di Puccini; la cameriera Dora, sospettata dalla moglie Elvira di avere una relazione con il Maestro, si avvelena. La vicenda, sulla quale si deve ancora far chiarezza, si

**Si accosta
ad una dimensione
fantastica
che richiama
Strauss e Debussy**

conclude con il risarcimento della famiglia della vittima, ma lascia un segno profondo nell'animo dell'artista. Nasce in questo clima tormentato *La fanciulla del West*, vera manifestazione dell'esigenza di Puccini di rinnovarsi, seguendo i nuovi orientamenti del teatro europeo. Il timore di non essere in sintonia con il proprio tempo convive con il suo interesse per il contemporaneo testimoniato ad esempio, unico fra i musicisti italiani, dalla sua presenza alla prima del *Pierrot Lunaire* di Schoenberg. Dopo il passo falso della *Rondine* e l'esperienza discontinua del *Trittico*, ecco il magnifico torso dell'incompiuta *Turandot*, con un primo atto di straordinaria compattezza nell'impianto quasi oratorio, tra le cose più belle scritte dal Maestro. La favola di Gozzi diviene un'opera dai colori foschi, dalle atmosfere preziose, impregnata di una crudeltà tutta decadente. Giunto alla fine della vita Puccini, rinunciando alle spinte veriste, si accosta ad una dimensione fantastica che richiama non solo Strauss, ma anche Debussy. La causa degli eccessivi indugi che gli impediscono di portarla a compimento è tutta nel contrasto irrisolto fra la propria esigenza di naturalismo ed il carattere astratto della vicenda, nell'impossibilità di attingere ad una dimensione trascendente distante dalla sua poetica. •



A QUANTO AMMONTERÀ LA MIA PENSIONE?

Caro Presidente,
sono medico di Medicina generale dal 1980. A dicembre 2009 avrò maturato 32 anni di anzianità di laurea, e 35 anni di contributi

(29 effettivi più sei riscattati se decidessi di riscattarne ancora due dopo i quattro in corso).

Ti chiedo quale potrà essere approssimativamente la mia pensione supponendo che io continui fino a tutto il 2009 a versare contributi come negli ultimi anni e riscattassi gli ultimi due anni di laurea.

Ti ringrazio di cuore.

(Lettera firmata)

Caro Collega,
sulla posizione previdenziale accesa a tuo nome presso il Fondo medici di Medicina generale risultano accreditati contributi, a decorrere dal mese di ottobre 1980, per un importo pari ad euro 168.066,88, sulla base dei quali gli uffici hanno provveduto a determinare le richieste ipotesi pensionistiche.

Nel merito, ti comunico che considerando gli anni già riscattati e supponendo la presentazione di una nuova domanda, avente per oggetto il riscatto dei restanti due anni del corso di laurea in medicina e chirurgia, il raggiungimento dei 35 anni di anzianità contributiva necessari per l'accesso al trattamento di quiescenza avverrà nel mese di settembre 2009; tuttavia, in applicazione della legge 449/97, il trattamento pensionistico anticipato decorrerebbe dal 1° aprile 2010, prima finestra utile di uscita.

Ipotizzando, quindi, la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli istituti del Ssn alla data indicata, l'importo della rendita pensionistica è quantificabile in circa euro 2.300,00 lordi mensili. Qualora decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, percepiresti una indennità pari a circa euro 60.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e un trattamento pensionistico, lordo mensile, di circa euro 1.900,00.

Ti preciso che i suddetti importi sono stati determinati sulla base della media contributiva riferita agli ultimi cinque anni di attività professionale, supponendo la totale estinzione del debito residuo relativo all'operazione di riscatto in corso, nonché l'effettuazione del riscatto di ulteriori due anni del corso di laurea, il cui onere dovrà essere obbligatoriamente estinto entro la data di decorrenza della pensione. Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. Ne consegue

che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione. Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

Eolo Parodi



"BUCO" CONTRIBUTIVO DI DIECI ANNI

Caro Presidente,
dal 2002 sono stato ammesso a fruire della pensione ordinaria a carico dei Fondi di previdenza, ma la mia situazione contributiva è caratterizzata da un "buco" di circa dieci anni, dal 1982 al 1992, corrispondenti al periodo in cui la Regione Lazio ha sospeso l'erogazione del mio stipendio come medico di base senza interrompere il rapporto di lavoro che si è, poi, definitivamente risolto nel 2000. Esiste la possibilità di un riscatto della contribuzione omessa colpita da prescrizione? Quali i vantaggi a livello di pensione mensile? Può risultare conveniente ai fini pensionistici il riscatto di laurea e specializzazione? Grazie per gli eventuali consigli.

Caro Collega,
in via preliminare devo precisarti che le norme regolamentari in vigore presso i Fondi speciali gestiti dall'Enpam non consentono, ai sanitari già quiescenti, l'effettuazione di alcuna tipologia di riscatto.

Per quanto riguarda la "Quo-

ta B" del Fondo di previdenza generale, invece, dove vengono accreditati i contributi relativi all'esercizio della libera professione, ti informo che il limite anagrafico per l'effettuazione del riscatto degli anni di laurea e di specializzazione è stabilito al compimento del 65° anno di età.

Nel rimanere a disposizione per ogni ulteriore chiarimento, colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



NON HO MAI LAVORATO: A COSA HO DIRITTO?

Caro Presidente,
approfittando della disponibilità e della precisione con cui risponde alle lettere sul Giornale della Previdenza, volevo sottoporle alcuni quesiti relativi alla mia situazione previdenziale. Verso regolarmente la contribuzione alla Quota A (primo versamento nel 1994). Per una serie di circostanze non ho mai lavorato. Mi chiedevo: se, pur non professando, mantenessi l'iscrizione all'Ordine e continuassi i versamenti, avrei comunque diritto al trattamento pensionistico? A quale età? Quale potrebbe essere l'entità di tale trattamento? Potrei convertire una quota in capitale? Infine, in caso di interruzione dei versamenti potrei, e con che modalità, chiedere il rimborso delle somme versate? La ringrazio.

(Lettera firmata)

Cara Collega, la contribuzione alla "Quota A" del Fondo di previdenza generale della Fondazione Enpam è dovuta ex lege dalla data di iscrizione all'Ordine dei medici e fino al compimento del 65° anno di età ovvero alla data di cancellazione dall'Ordine medesimo, a prescindere dallo svolgimento dell'attività professionale.

Ipotizzando costante la contribuzione alla gestione, tu avrai diritto ad una pensione di vecchiaia lorda stimata in circa euro 290,00 mensili, sempre a partire dai 65 anni, atteso che il Fondo non prevede l'erogazione di trattamenti di anzianità.

La prestazione viene erogata in dodici ratei mensili e, in base alla normativa attualmente vigente, non è possibile convertirla, nemmeno per quota parte, in indennità di capitale.

Qualora, come detto, decidessi di cancellarti dall'Ordine prima dell'età pensionabile, non sarai più tenuta all'obbligo contributivo e l'importo della prestazione mensile che ti verrà riconosciuta sarà, ovviamente, inferiore a quello sopra ipotizzato.

Corre l'obbligo, infine, di precisarti che l'ipotesi pensionistica sopra quantificata potrebbe subire variazioni. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione. Ti saluto cordialmente.

E. P.



CHIARIMENTI E IPOTESI DI PENSIONE

Caro Presidente, ti scrivo per aver da te delucidazioni più approfondite sulla mia posizione pensionistica futura.

Ti riassumo la mia posizione: fra pochi giorni compirò 60

anni e a luglio avrò raggiunto i 40 anni di contributi comprensivi di riscatto laurea. Ho lavorato in ospedale dal 1974 al 2001.

Dal settembre del 2001 ho iniziato la mia attività lavorativa come pediatra di libera scelta. Contestualmente ho rivolto domanda all'Inpdap per il trasferimento dei miei contributi all'Enpam, Fondo medici Medicina generale (in base alla legge 5/3/1990 n. 45 art. 1).

Nel febbraio 2007 l'Inpdap ha trasferito la somma di euro 336.035,41 comprensiva dei contributi e relativi interessi all'Enpam.

Tale ricongiunzione non ha avuto carattere oneroso come da comunicazione Enpam.

Attualmente sul Fondo medici di Medicina generale (sito internet) risultano contributi dal 2001 al 2006 per euro 86940,97, come Quota B euro 9974,14 e come Fondo specialisti ambulatoriali euro 1412,92.

Nell'agosto 2007, su richiesta telefonica, ho ricevuto la proiezione pensionistica a partire dall'agosto 2008 corrispondente a euro 2.600 lordi mensili.

Ora in relazione alle tue risposte ai colleghi che presentano importi versati molto inferiori mi sorprende un trattamento pensionistico quasi sovrapponibile.

Ti sarei grato se potrai rispondermi ai seguenti quesiti: i conteggi inviati mi sono esatti? Quale sarà il mio trattamento pensionistico ad agosto 2008? Continuando l'attività di pediatra di libera scelta, con lo stesso massimale attuale, e quindi con le stesse contribuzioni quale sarà il trattamento al compimento dei 65 anni? È possibile una previsione all'età di 70 anni al decadere della convenzione mantenendo le medesime contribuzioni? Nell'ipotesi

concreta di assumere la direzione di una struttura complessa ospedaliera di pediatria è possibile trasferire i Fondi di Medicina generale all'Inpdap?

Ti ringrazio cordialmente e ti porgo i miei distinti saluti.

(Lettera firmata)

Caro Collega, ad integrazione di quanto già comunicato nella precedente nota ti confermo che l'importo di pensione cui avresti diritto qualora cessassi l'attività professionale nel luglio 2008, al raggiungimento dei 40 anni di anzianità contributiva, (quantificato in circa euro 2.600 mensili lordi) è stato correttamente determinato dagli uffici della Fondazione.

In merito ti faccio presente che la pensione di anzianità si determina con le stesse modalità di calcolo della pensione di vecchiaia, ma l'importo della prestazione che tu avresti maturato al 65° anno di età, viene ridotto in base ad un'aliquota (nel tuo caso pari a -12,970%) riferita all'età in cui viene calcolata la prestazione (60 anni e 8 mesi), pur in presenza di un'anzianità contributiva pari a 40 anni.

Le proiezioni pensionistiche indicate nel Giornale della Previdenza da te citato, invece, sono state effettuate ipotizzando la cessazione dell'attività professionale degli iscritti interessati al raggiungimento del 65° anno di età e, quindi, non sono state assoggettate alla suddetta decurtazione.

Pertanto, l'importo della pensione cui avresti diritto qualora decidessi di cessare l'attività di pediatra al compimento del 65° anno di età, sarebbe pari a circa euro 3.700,00 mensili lordi. Nel caso, invece, optassi per il trattamento misto, conver-

tendo in indennità di capitale una quota pari, nel massimo, al 15% della pensione maturata, avresti diritto ad una pensione pari a circa euro 3.200,00 mensili lordi e ad una indennità di circa euro 82.000,00 lordi.

Per quanto attiene alla proiezione pensionistica da te richiesta al compimento del 70° anno di età, rimanendo costante l'attuale contribuzione al Fondo dei medici di Medicina generale, è possibile ipotizzare una prestazione pensionistica pari a circa euro 4.900,00 mensili lordi e, in caso di trattamento misto, a fronte di un'indennità lorda di circa euro 90.000,00, avresti diritto ad una pensione mensile lorda pari a circa euro 4.200,00.

Tuttavia, considerato che durante il lasso di tempo mancante alla data del pensionamento potrebbero intervenire modifiche della normativa previdenziale di riferimento, mi corre l'obbligo di precisarti che le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni.

Ti faccio presente, infine, che la facoltà di ricongiunzione può essere esercitata per legge (art. 3, legge 45/90) una sola volta, salvo che il richiedente possa far valere, successivamente alla prima ricongiunzione, un periodo di assicurazione di almeno dieci anni, di cui almeno cinque di contribuzione obbligatoria continuativa. In mancanza di tale requisito, la seconda ricongiunzione può effettuarsi solo all'atto del pensionamento presso la gestione nella quale sia stata precedentemente concentrata la posizione contributiva (nel tuo caso l'Enpam). Ti saluto cordialmente.

E. P.

Lavorare in gruppo

di Lorena Melli (*)

Senza nulla togliere alla singola individualità è innegabile riconoscere che siamo esseri sociali, nati con l'istinto all'unione e con il forte bisogno di condividere e di muoverci insieme verso una meta. Da qui l'importanza di *far parte* di un gruppo, dal gruppo famiglia, al gruppo di amici, al gruppo di lavoro, ma soprattutto di sentirsene parte.

Tra i tanti significati della parola *gruppo* due sono particolarmente interessanti. L'uno è rappresentato dall'immagine della "matassa arrotolata" ad evocare la molteplicità, la complessità e la pluralità dell'essere, e l'altro da quella del "nodo" ad evocare la vera natura del gruppo in cui la coesione e l'interdipendenza fanno sì che esso non si possa paragonare ad un qualsiasi insieme di persone.

"Insieme dinamico costituito da individui che si percepiscono vicendevolmente come più o meno interdipendenti per qualche aspetto" - così la definisce Kurt Lewin, psicologo studioso delle *dinamiche di gruppo*. In particolare è il gruppo di lavoro che si caratterizza per la presenza di uno scopo comune e specifico dal quale dipende la stessa appartenenza. I legami, diversamente da quanto accade nei gruppi di famiglia e di amici, sono cioè funzionali al raggiungimento dello scopo e spesso già pianificati.

In termini quantitativi, l'insieme di persone per definirsi gruppo in senso stretto deve essere composto, per un tempo significativo, minimo da 4 individui, in quanto con 2 si crea una coppia e in 3 è facile che i rapporti scivolino nell'accoppiamento di 2 con l'esclusione del terzo, e massimo da 15, in quanto al di sopra di tale soglia il grande gruppo si troverà necessariamente suddiviso in tanti piccoli sottogruppi.

Questo numero diverso di persone diventa *équipe* poi quando elabora, in maniera più o meno consapevole, obiettivi che provengono da altre parti, facendoli propri con l'interazione e la relazione e quando al suo interno si differenziano i ruoli, ossia le attese che gli altri hanno nei confronti di un componente del gruppo per il fatto che questi occupa una determinata posizione.

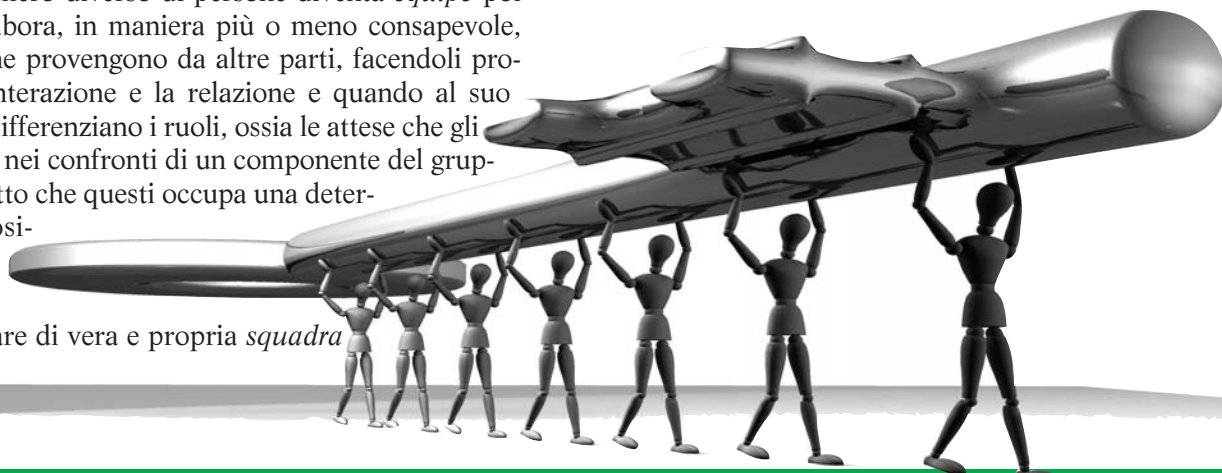
Affinché si possa parlare di vera e propria *squadra*

è però necessario che le relazioni interne generino un'atmosfera collaborativa. Nello studio dei gruppi infatti ci si è molto soffermati su quello che viene chiamato *clima* del gruppo, evidenziando come climi differenti portino a performance ben diverse. Se il gruppo di lavoro è affiatato, ben assortito ed amalgamato, vuol dire che il clima è sano e che ogni singolo si recherà sul posto di lavoro per dare il suo contributo sentendosi ben collocato nel contesto e quindi coinvolto e stimolato già per il solo fatto che l'ambiente è piacevole. È proprio il funzionamento dei rapporti umani in modo armonico (la cd. *magia del rapporto*) che consente alle persone di dare il massimo, e ciò è fondamentale anche nelle aziende, sia ai fini motivazionali che ai fini produttivi.

Esiste un solo e vero lusso, ed è quello dei rapporti umani.

A. de Saint Exupéry

Perché il lavoro di gruppo possa raggiungere risultati innovativi e migliori da un punto di vista qualitativo e quantitativo esso deve comunque guardare ad una dimensione che oltrepassi l'individualità, spingendosi



oltre, verso un prodotto che non sia pensato soltanto come l'esito di un'azione soggettiva ma che sia lo specchio dell'organizzazione interna del gruppo nella sua totalità.

Nel gruppo di lavoro infatti bisogna essere consapevoli che l'assunzione del compito significa assunzione di responsabilità individuale e collettiva allo stesso tempo.

Gli uomini sono le membra di un unico, grande corpo.

Seneca

Quattro sono le fasi di costruzione e sviluppo di un vero e proprio team di lavoro.

La prima tappa è la formazione del gruppo (*forming*), ossia la messa insieme delle unità singole che, per qualche ragione, *hanno qualcosa in comune*. Tale fase di orientamento è in genere caratterizzata dal bisogno di sentirsi inclusi, dalla tendenza alla conformità, dall'incertezza sulle regole, dall'assenza o viceversa dall'eccesso di fiducia e dall'ansia riguardo scopi ed obiettivi. Si può dire anche che è la fase *euforico-irrealistica*.

È alla seconda fase che però bisogna prestare particolare attenzione in quanto è la fase più delicata, difficile e critica. Siamo cioè subito di fronte al momento del conflitto (*storming* = tempesta), condizione necessaria affinché un aggregato di persone diventi un gruppo. Si tratta infatti di una fase così cruciale e veramente determinante per l'avanzamento del gruppo che non passa una volta per tutte. Essa può essere caratterizzata da un atteggiamento di sfida della volontà individuale rispetto a quella del team, ed è anche la fase in cui si testano i limiti delle discussioni. Si può dire anche che è la fase *realistico-depressiva*.

La terza fase è la normazione (*norming*), ossia passato lo scontro della tempesta, deve giungere il sereno e da qui in poi l'ordine deve prendere il sopravvento sul disordine. Emergono le norme di funzionamento ed i valori, e proprio la normazione del gruppo diventa momento qualificante per il gruppo stesso. È la fase di coesione, in cui di solito si riesce a fare focus su obiettivi e risultati, si accettano i riscontri, ci sono condivisione e fiducia. Si può dire anche che è la fase *realistico-produttiva*.

Dalla discordia, trova armonia.

A. Einstein

La quarta fase, di strutturazione (*performing*), è quella in cui il gruppo di lavoro è maturo per la performance, per poter cioè agire e lavorare in gruppo in quanto gruppo. Il team funziona in termini di compiti comuni e relazioni consolidate, ci può essere un raggiungimento di produttività di livello elevato, ci si sente allineati sulla visione e sullo scopo e c'è comunicazione aperta. Si può dire anche che è la fase *produttivo-innovativa*.

Il team di lavoro, una volta superate le varie tappe, può insomma diventare una vera comunità organizzata, con una sua propria intelligenza, un'intelligenza *collettiva* come potenzialità derivante dall'interazione e dalla mobilitazione delle intelligenze singole. L'intelligenza collettiva è diversa dalla somma delle intelligenze individuali che la compongono, così come il gruppo è qualcosa di più, di altro rispetto alla somma delle sue parti. Ecco che il gruppo, quando raggiunge una stabilità psicologica ottimale, sviluppa quella che viene chiamata la *mente gruppale*, in cui l'insieme delle capacità singole si potenziano reciprocamente.

Nessuno di noi è intelligente come tutti noi insieme.

Proverbio giapponese

Ma l'intelligenza collettiva non emerge in modo spontaneo ed immediato, richiede tempo, disponibilità, buona volontà, equilibrio e maturità caratteriali, in una parola richiede impegno, a tutti i livelli. Far parte di un team di lavoro porta a moltiplicare i propri sforzi, perché mette alla prova, fa uscire allo scoperto, cimenta, ma alla lunga, grazie proprio alla *potenza dell'impegno* ed all'*arte della collaborazione*, il risultato non potrà che essere una fondamentale e positiva esperienza umana di crescita.

La nostra società è molto simile ad una volta di pietre: cadrebbe se esse non si sostenessero a vicenda, ed è proprio questo che la sorregge.

Seneca

(*) Dipartimento delle Risorse Umane

Il francobollo è anche "impegno sociale"

di Gian Piero Ventura

Se nello scorso numero abbiamo parlato del francobollo come un utile strumento per lottare contro malattie pericolose, questa volta vogliamo chiudere il cerchio sull'importanza di questo piccolo foglietto, monitorando la sua applicazione anche per grandi battaglie di sensibilizzazione sociale. Infatti tutti gli Stati, senza alcuna esclusione, hanno emesso a favore di grandi problemi dei nostri tempi, nella speranza di un impatto comunicativo sull'opinione pubblica. Nella nostra Penisola, Poste italiane, tra i tanti francobolli celebrativi e commemorativi proposti ogni anno, ha voluto inserire alcune emissioni su tematiche sociali. Andando a ritroso negli ultimi vediamo nel 2007 emissioni per ricordare "i nonni" e le "pa-

ri opportunità per tutti"; nel 2006 le "vittime del terrorismo" e il "sistema delle aree protette"; nel 2005 "contro la droga" e per la "protezione civile"; infine nel 2004 l'ottima "campagna nazionale per la sicurezza stradale".

Anche il Vaticano, che solitamente propone un numero non elevato di emissioni all'anno e soprattutto a carattere religioso, nel 2006 ha ricordato tra gli altri il grande problema della desertificazione.

Quando poi l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha proclamato il 2008 "Anno Internazionale del Pianeta Terra", per incrementare la diffusione e l'importanza dell'applicazione delle Scienze della Terra a sostegno di una società costruita sui valori dello sviluppo sostenibile per contribuire al miglioramento della vita, San Marino non è stata da meno. La piccola Repubblica ha chiesto ai suoi studenti universitari (quelli della Facoltà di Disegno industriale dell'Università di San Marino) di contribuire a quest'appuntamento con una "produzione" filatelica. È così uscita fuori una piacevolissima serie da quattro valori, nata appunto per richiamare l'attenzione pubblica su alcuni dei problemi che minacciano il mondo, con quattro elementi naturali



primari: aria, terra, uomo ed acqua. Di quest'ultimo ci piace segnalare la realizzazione della studentessa Angelica Mascella, che richiama la salvaguardia di questa fonte primaria, l'acqua appunto, che è all'origine della vita e fondamentale elemento per la sopravvivenza dell'uomo: il risparmio anche di una sola goccia è importante per la salvaguardia delle risorse idriche.

Eccoci in conclusione alle numerose mostre mercato del mese di giugno: sabato 7 e domenica 8 a Senigallia nel Palazzo dello Sport di via Capanna (info 071.64749) mentre solo l'8 c'è la "Giornata del collezionismo romano" presso l'Hotel Palatino di via Cavour 213 (06.32651110); il 14 e 15 a Cesenatico nella Palestra Scuola Media Arfelli di viale Sozzi (0547.612954) e solo il 15 a Nizza Monferrato presso il Mercatino di Piazza Garibaldi (335.6627391); il 21 e 22 a Savona nella Palestra Comunale di via delle Trincee; ed infine il 28 e 29 a Roseto degli Abruzzi presso la Villa Comunale in via Nazionale (085.8999294) così come a Telesse Terme all'interno delle Sale Goccioloni nelle Terme Minieri, queste ultime due manifestazioni anche con ampia mostra espositiva. •



Poste Italiane per la sicurezza stradale



Serie del Vaticano contro la desertificazione



Avv. Pasquale Dui

Responsabilità dello psichiatra, il giudizio degli "ermellini"

a cura dell'avv. Pasquale Dui (*)

Nel caso esaminato dalla Corte di Cassazione con la sentenza n. 10795 del marzo 2008, un paziente psicotico, ricoverato all'interno di una comunità terapeutica, aggrediva con un coltello un operatore che prestava servizio nella struttura, uccidendolo. Nel corso del procedimento di

merito, concluso in primo grado con una condanna confermata poi dalla Corte d'Appello, veniva accertato che il medico, il quale svolgeva la sua attività all'interno della stessa comunità, aveva trascurato di verificare i sintomi di aggressività espressi dal paziente. Così aveva prima ridotto e poi sospeso la somministrazione di una terapia farmacologica, in modo tale da renderla non idonea a scongiurare la pericolosità del paziente. Al medico veniva poi contestato di non aver sottoposto il ricoverato a trattamento sanitario obbligatorio, pur essendo in presenza di sintomi che lo avrebbero ampiamente giustificato.

La Corte di Cassazione evidenzia come in materia di responsabilità medica una posizione di garanzia può instaurarsi solo con una relazione terapeutica paziente – medico/professionista. Tale relazione può instaurarsi su base contrattuale, come nel caso del paziente che si affidi alle cure del medico di fiducia, oppure in forza della normativa

pubblicistica di tutela della salute, come avviene nel caso di ricovero ospedaliero o di strutture protette, casi nei quali per il medico, indipendentemente dal consenso del paziente, sorge un obbligo giuridico di impedire l'evento.

Si tratta di una posizione di garanzia che si traduce in un obbligo di protezione, che impone il dovere di preservare il bene tutelato da tutti i rischi che possono comprometterne l'integrità, tipici in questo senso sono i vincoli che gravano sui genitori o appunto sui medici.

Non vi è dubbio che nel caso in esame lo psichiatra rivestiva un ruolo di garan-

zia a tutela della salute psichica del paziente, ruolo assunto a seguito del vincolo contrattuale con la comunità terapeutica e come conseguenza della relazione avviata con il paziente.

Avere ridotto fino a sospendere la somministrazione del trattamento farmacologico in un quadro generale, che già evidenziava una serie di episodi pregressi di violenza commessi dal paziente, non può che rafforzare la tesi dell'accusa, anche perché, è vero che non è in discussione la libertà delle scelte terapeutiche del medico, finalizzate al miglioramento della salute del paziente, anche attraverso la riduzione degli effetti col-

lateralmente dovuti alla diminuzione o sospensione della terapia, ma la Corte ricorda la gradualità con la quale deve essere praticata la modifica della terapia, tanto più in un settore come quello psichiatrico dove può essere lo stesso paziente a non riconoscere le proprie condizioni.

Quanto al trattamento sanitario obbligatorio, la sentenza ricorda che la legge Basaglia è ben lontana dall'aver equiparato la soppressione dei manicomi alla fine della malattia mentale. La strada del trattamento sanitario obbligatorio è sempre aperta nel rispetto però dei diritti civili e della dignità della persona, e tra le motivazioni che giustificano tale trattamento c'è il rifiuto delle cure da parte del paziente. La Corte ha, pertanto, riconosciuto una responsabilità per colpa del medico nel reato commesso dal paziente. •

(*) *Avvocato del Foro di Milano, professore all'Università di Milano – Bicocca*



Per ulteriori particolari sulla polizza
vedi alle pagine 48 - 49 - 50

ASSICURAZIONE, PROROGA AL 31 LUGLIO

È stato prorogato al 31/07/2008
il termine ultimo per presentare richiesta di
adesione alla polizza sanitaria,
o apportare modifiche all'adesione
sottoscritta lo scorso anno

Nei due numeri precedenti della rivista sono stati pubblicati sia il testo della polizza che l'elenco dei centri clinici convenzionati con Generali (rimandando per maggiori dettagli al sito www.generali.it).

MODALITÀ DI ADESIONE

A tutti coloro che hanno aderito lo scorso anno è stato inviato nel mese di maggio il bollettino Mav per il pagamento del premio annuale corrispondente all'adesione già espressa. Nel caso in cui il bollettino non fosse ancora pervenuto è possibile chiamare il numero verde della **Banca Popolare di Sondrio 800248464**, e richiedere l'invio di un duplicato.

Per apportare variazioni (ossia inserire il proprio nucleo familiare o modificarne i componenti a seguito di variazioni intervenute nello stato di famiglia) gli iscritti dovranno compilare nuovamente il modulo di adesione. Successivamente alla registrazione dell'adesione verrà inviato il bollettino per il pagamento del premio (**sempreché comporti variazione nell'importo del bollettino mav già inviato**).

Il modulo di adesione, sia per coloro che devono apportare variazioni all'adesione dello scorso anno, sia per tutti coloro che vogliono aderire per la prima volta, è disponibile sul sito internet www.enpam.it o sul Giornale della Previdenza, o presso le sedi degli Ordini dei Medici della propria città e dovrà essere compilato e spedito a: Fondazione Enpam – Casella Postale 7216 – 00100 Roma Nomentano.

Il pagamento del premio dovrà essere effettuato entro la data di scadenza indicata sul Mav.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI

Tutti gli iscritti potranno rivolgersi per ulteriori informazioni e chiarimenti al call-center 199168311 (attivo dall'1/4/2008 al 31/07/2008 dal lunedì al venerdì **esclusivamente per informazioni circa le modalità di adesione**) o ai numeri 06/48294885/856/587 o al numero 06/48294829, oppure inviare una e-mail a polizza@enpam.it o un fax al numero 06/48294517.

Per il numero 199168311, il costo al minuto da telefono fisso di telecom italia senza scatto alla risposta è di 14.26 centesimi di euro iva inclusa in fascia intera e di 5.58 centesimi di euro iva inclusa in fascia ridotta. La tariffa massima da telefono fisso di altro operatore è di 26.00 centesimi di euro e 12.00 centesimi di euro di scatto alla risposta; da telefono mobile è variabile a seconda dell'operatore e del piano tariffario prescelto.

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 Ciocchi

Fax 06 48294793

email: c.ciocchi@enpam.it

OTTIMIZZAZIONE

Claudia Furlanetto

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

email: archivio.giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - ablestock.com

**MENSILE - ANNO X - N. 5
DEL 21/05/2008**

**Di questo numero sono
state tirate 431.370 copie**

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