

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

L'ENPAM COMPIE 70 ANNI



In occasione dei settant'anni del nostro Ente il vertice dell'Enpam è stato ricevuto al Quirinale dal Presidente Giorgio Napolitano. Al Capo dello Stato è stata donata una medaglia d'oro ricordo. Il Presidente della Repubblica si è complimentato con il prof. Eolo Parodi per l'attività e i risultati conseguiti dal nostro Ente che si colloca all'avanguardia tra le Fondazioni private



Il vostro giornale on line

www.enpam.it

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA:

- visualizzazione on line di tutti gli articoli
- news in primo piano
- notizie di particolare interesse scientifico
- archivio numeri precedenti



E.N.P.A.M.

Al servizio degli iscritti

Se ci vuoi leggere su Internet clicca su

www.enpam.it

Per informazioni:

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

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

- 2-30** I 70 anni dell'Enpam
- 31** Accadde a... Luglio
- 32-33** Redditi professionali del 2006
- 34** Polizza sanitaria? Ancora tanti sì!
- 37** Assicurazione e servizi integrativi
- 38-39** Congresso della Sanità militare a Tunisi
- 40-41** L'incomunicabilità della comunicazione
- 42** Sindaco senza "portafoglio"
- 43** Gli Zar dell'energia
- 44-45** L'intervista/1: il medico delle ossa
- 46-47** L'intervista/2: la telemedicina
- 48-49** Recensioni libri
- 50-51** Vita degli Ordini
- 52** Rapporto OsMed 2006
- 53-57** Congressi, convegni, corsi
- 58** Malattia coronarica e angioplastica
- 59** È nata l'associazione "Metica"
- 60-61** Lettere al Presidente
- 62** Presentato il libro su Eolo Parodi
- 63** L'avvocato
- 64** Oral Cancer Day

AI NOSTRI LETTORI

Abbiamo dedicato buona parte di questo numero della rivista alla storia dell'Enpam. Per ragioni intuibili, quindi, siamo stati costretti a sospendere la pubblicazione di alcuni articoli e rubriche che puntualmente ospiteremo nella prossima edizione de "Il Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri". Non solo il tempo è tiranno. C'è anche lo spazio...



7 luglio 1993. Anno I Numero I
de "Il Giornale della Previdenza
dei Medici e degli Odontoiatri"

Consiglio di Amministrazione

Prof. Eolo PARODI (Presidente)

Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)

Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)

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

Comitato Esecutivo

Prof. Eolo PARODI (Presidente)

Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)

Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)

CONSIGLIERI: Dr. Giuseppe DEL BARONE · Dr. Arcangelo LACAGNINA · Dr. Benito MELEDANDRI · Dr. Alberto OLIVETI · Dr. Paolo ORIANA

Collegio Sindacale

Dr. Ugo Venanzio GASPARI (Presidente)

Dr.ssa Antonella DI MODUGNO (Presidente Supplente)

SINDACI: Dr. Vittorio CERRACCHIO · Dr. Francesco VINCI · Dr. Francesco NOCE · Dr.ssa Caterina PIZZUTELLI · Dr.ssa Anna Maria PAGLIONE · Dr. Bruno DI IORIO · Dr. Giancarlo MARINANGELI · Dr. Marco GIONCADA

Consulte

Comitato consultivo del Fondo di previdenza della libera professione

Presidente: Dr. Pasquale Pracella

Comitato consultivo del Fondo di previdenza dei medici di medicina generale

Presidente: Dr. Francesco Carrano

Comitato consultivo del Fondo di previdenza degli specialisti ambulatoriali

Presidente: Dr. Alfonso Celenza

Comitato consultivo del Fondo di previdenza degli specialisti esterni

Presidente: Dr. Giorgio Spagnolo

Settant'anni e non li dimostra.

Il nostro Enpam, festeggia il compleanno.

Sembra, a vederla superficialmente, una data come tante da celebrare con lustrini e strette di mano.

Invece è molto, molto di più: è l'Ente di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri che assicura ai camici bianchi protezione per l'avvenire pensionistico.

350mila "dottori", 70mila pensionati: un numero enorme di iscritti; un vero e proprio esercito. Vediamolo da vicino questo Enpam, analizziamolo storicamente, senza tanti complimenti; apriamo la porta perché tutti i colleghi possano guardare dentro liberamente.

Partiamo dalla nascita, ricordando quello che è stato fatto in sette decenni per arrivare ai risultati odierni che sono notevoli, al punto che vengono esaminati e lodati anche da grandi istituzioni europee. Riconoscimenti per l'attuale Consiglio di Amministrazione emanazione di quei Direttivi che si sono succeduti dal '94, l'anno della Rinascita.

Ripristinare un clima di fiducia nell'ENPAM

MEDICI E L'ENPAM: INCONTRI RAVVICINATI

Altri ostacoli sulla via della modernizzazione e della trasparenza dell'Ente

Bloccato il nuovo Statuto dal Consiglio di Stato

Dovremo versare alla Tesoreria il 25% dei contributi

Giù le mani dall'Enpam

ne dopo il prestito forzoso imposto dal governo

I medici uniti in difesa dell'autonomia dell'Enpam

I nostri Fondi Speciali sono anche minacciati dal continuo mutare delle norme che dovrebbero regolare la politica sanitaria. Per fronteggiare questa difficile situazione occorre anzitutto ristrutturare l'Ente trasformandolo in un'azienda manageriale

Enpam nell'Olimpo europeo

Fondato da Eolo Parodi

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

Gli ORDINI PROVINCIALI DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI APPROVANO L'OPERATO DEI CONSIGLIERI

Unanime SÌ del Consiglio Nazionale al bilancio '98 della Fondazione Enpam

ENPAM: fondazione privata

Grandiosa manifestazione di protesta di cinquemila professionisti del C.U.P.

Per privatizzare gli Enti occorrono precise garanzie

Il nuovo vertice e i dipendenti impegnati in una grande scommessa

ENPAM: un'azienda moderna il '94 sarà l'anno del rilancio



E.N.P.A.M.

MEDICO MEDICO

AGGIORNAMENTO E CULTURA, HOBBIES, STORIE DI MEDICI E PROBLEMI VARI

INSERTO REDAZIONALE GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI N. 10/2002



Cominciamo con l'affermare che la storia della previdenza medica affidata ad un unico soggetto giuridico istituzionale coincide interamente con la storia dell'Enpam. Nello scorso numero del Giornale della Previdenza il presidente, prof. Eolo Parodi, ha tracciato questa storia incollandola su tre capitoli: Ieri, Oggi, Domani. Un rapido excursus per spiegare chi eravamo, chi siamo e come saremo nell'immediato futuro.

Si tratta di un'esperienza di solidarietà di categoria iniziata appena nel 1950, quando l'Enpam fu costituito come Ente di diritto pubblico assumendo la denominazione di "Ente nazionale di previdenza ed assistenza medici", per trasformazione della preesistente "Cassa di assistenza del sindacato nazionale fascista medici".

Pur nella relativa brevità di questo suo arco temporale, la storia dell'Ente mostra una straordinaria vivacità, risultando così ricca di iniziative nell'attuare nuovi istituti a tutela della generalità degli iscritti e di sperimentazioni di attività strumentali sviluppate a supporto dei compiti istituzionali, come pure non priva - purtroppo - di esperienze e vicissitudini a volte drammatiche. Spesso, sia il fervore creativo o gestionale sia le difficoltà dei momenti oscuri hanno variamente ostacolato il proposito di do-

cumentare e diffondere l'immagine di un Ente pur sempre caratterizzato, nella sua identità, dall'essere costantemente al servizio della generalità degli iscritti con il compito di assicurare la previdenza e l'assistenza a favore degli iscritti stessi, dei loro familiari e superstiti.

L'attuale Amministrazione, dopo oltre un decennio di lavoro impiegato a trasformare l'Enpam - divenuto nel frattempo "Fondazione privata" - in una moderna azienda di servizi,

in una "casa di vetro", dove tutti i colleghi possono avere libero accesso per controllare, giorno dopo giorno, l'operato degli amministratori ha

deciso di consolidare i risultati organizzativi conseguiti, stabilendo di intraprendere una serie di attività miranti a presentare degnamente la rinnovata identità della Fondazione Enpam, a diffonderla capillarmente fra gli iscritti, a promuovere in essi il senso di comune appartenenza ad una Istituzione che si ripromette di diventare un centro di coagulo di tutti gli interessi previdenziali-assistenziali per l'intera categoria dei medici.

In questo contesto non poteva mancare una sintetica ricostruzione storica delle vicende istituzionali dell'Ente, che riportiamo per grandi linee, ossia focalizzando quelle che possono considerarsi autentiche "pietre miliari" nell'evoluzione dell'Enpam. Per comodità di esposizione classificheremo queste tappe fondamentali dell'evoluzione della storia dell'Ente distinguendole in:

1) riforme ordinamentali, perché hanno inciso sulla qualificazione giuridica e/o sui compiti istituzionali dell'Ente;

2) revisioni regolamentari, perché hanno modificato la disciplina dei Fondi gestiti.

QUATTRO RIFORME FONDAMENTALI

In 70 anni l'Ente ha già mutato per ben quattro volte il proprio assetto ordinamentale e, parzialmente, le proprie finalità istituzionali nonché la configurazione della platea dei propri iscritti.

Come abbiamo ricordato nello scorso numero del nostro Giornale, risale al 1937 la costituzione della *Cassa di Assistenza del Sindacato Nazionale Fascista Medici*, che costituisce l'antecedente storico dell'Enpam.

La Cassa era configurata dalla sua legge istitutiva come "corporazione": nel contesto dell'allora vigente sistema corporativo dello "Stato sociale". Potevano

iscriversi alla Cassa i medici rappresentati dai Sindacati fascisti di categoria (art. 2, co. 1, Statuto 1937).

Tuttavia lo Statuto della Cassa assegnava ad un successivo Regolamento il compito di precisare le modalità di iscrizione per la generalità dei medici italiani, a prescindere dalla considerazione che essi fossero iscritti o meno ad Associazioni sindacali giuridicamente riconosciute. Costituiva altresì compito del Regolamento quello di stabilire i requisiti di iscrizione dei medici che già fruivano di forme analoghe di tutela ad opera di altri Enti (art. 3, Statuto 1937).

La Cassa concedeva assegni assistenziali temporanei ai propri iscritti e alle loro famiglie; aveva anche potestà di istituire borse di studio a favore dei figli dei medici e di prestare eventualmente altre forme di assistenza determinate nel Regolamento.

Compatibilmente con tale sua funzione istituzionale, ed avendone sufficienti disponibilità di mezzi, aveva inoltre potestà di promuovere od istituire altre prestazioni, anche di carattere previdenziale (art. 2, co. 3, Statuto 1937).

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

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

Questi erano dunque tenuti al versamento di un contributo annuo stabilito in misura fissa, e determinato in relazione all'entità delle prestazioni disposte in favore degli iscritti.

Gli eventuali saldi attivi potevano essere destinati soltanto a costituzione di riserve tecniche, ordinarie o straordinarie (art. 15, Statuto 1937).

Questa prima, ormai lontana e dimenticata, esperienza di tutela sociale di categoria, interessa tuttavia sul piano storico perché con essa nasce il progetto di una tutela sociale comunemente estesa a tutta la classe medica ed affidata ad un unico Ente istituzionale.

STATUTO DELLA CASSA DI ASSISTENZA DEL SINDACATO NAZIONALE FASCISTA DEI MEDICI

Leggiamolo un po' questo Statuto. È necessario risalire ai tempi in cui fu redatto, un tempo che con la velocità della vita attuale, sembra antediluviano. Invece è un documento di ieri che ci racconta della costituzione della Cassa di assistenza e... coinvolge oltre ai medici, i professionisti e gli artisti. Del resto non si è sempre sostenuto che la medicina è un'arte?

TITOLO I.

Costituzione e scopi

Art. 1

È costituita, ai sensi dell'art. 4, ultimo comma, della legge 3 aprile 1926, n. 563 la **"Cassa di assistenza del Sindacato nazionale fascista dei medici"**.

Essa ha sede in Roma, aderisce alla Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti e svolge la sua attività in tutto il territorio del Regno.

Art. 2

La Cassa ha lo scopo di attuare l'assistenza in favore dei rappresentanti dai Sindacati fascisti dei medici.

In particolare la Cassa concede assegni temporanei ai propri iscritti e alle loro famiglie e si propone, in rapporto ai mezzi in cui dispone, di:

- a) provvedere alla istituzione di borse di studio a favore dei figli dei medici;
- b) prestare eventualmente altre forme di assistenza che saranno determinate nel regolamento.

La Cassa si propone inoltre, dopo aver assolto i compiti di cui al comma precedente e sempre quando ab-

bia sufficienti disponibilità di mezzi, di promuovere od attuare nel limiti di legge e previe le necessarie autorizzazioni, altre prestazioni anche di carattere previdenziale.

La Cassa assolve infine a tutti gli altri compiti che le derivino dal presente Statuto o le siano attribuiti da leggi, regolamenti e disposizioni delle autorità tutorie nonché da eventuali accordi, debitamente approvati, con altri Istituti che si propongono scopi analoghi.

TITOLO II

Iscrizioni e contributi

Art. 3

Possono essere soci della Cassa di assistenza tutti i rappresentanti dei Sindacati fascisti dei medici.

Le modalità per l'iscrizione alla Cassa, tanto per coloro che sono iscritti quanto per coloro che non sono iscritti alle Associazioni sindacali giuridicamente riconosciute dei medici, come per coloro che fruiscono di assistenza da altri Enti, verranno dettate dal Regolamento.

Art. 4

La Cassa provvede al raggiungimento degli scopi indicati nell'art. 2 mediante contributi da determinare in relazione alle prestazioni assistenziali che verranno concesse agli iscritti.

I medici iscritti non potranno usufruire delle prestazioni se non siano trascorsi sei mesi dalla data d'iscrizione alla Cassa e non siano al corrente col pagamento dei contributi.

TITOLO III

Organi della Cassa

Art. 5

Sono organi della Cassa:

- a) il Consiglio direttivo;
- b) il Comitato esecutivo;
- c) il Presidente.

Art. 6

Il Consiglio direttivo è costituito, oltre che dal Presidente:

- 1) da un Vice Presidente designato dalla Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti;
- 2) da sei rappresentanti del Sindacato nazionale fascista dei medici scelti dalla Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti, preferibilmente tra i membri del Direttorio del Sindacato medesimo, su designazione del Segretario;
- 3) da un rappresentante della Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti;
- 4) da un rappresentante del Ministero delle Corporazioni;

5) da un rappresentante del Ministero dell'Interno;

6) da un rappresentante dell'Associazione nazionale fascista del pubblico impiego (Sezione medici condotti).

I membri del Consiglio direttivo durano in carica tre anni e possono essere confermati.

I membri di cui al numero 2 che si astengono senza giustificato motivo dall'intervenire a tre sedute consecutive, saranno dichiarati decaduti dalla carica.

La decadenza viene pronunciata dal Consiglio decorsi dieci giorni dalla notificazione all'interessato della relativa proposta.

Contro di essa è ammesso ricorso al Ministero delle Corporazioni.

Coloro che sono nominati in sostituzione dei membri dichiarati decaduti o comunque venuti a mancare prima della scadenza, rimangono in carica solo fino a quando vi sarebbero rimasti i membri che hanno surrogati.

Art. 7

Il Consiglio direttivo si riunisce ordinariamente ogni tre mesi e straordinariamente tutte le volte che il Presidente lo ritenga opportuno o ne sia fatta richiesta dal Comitato esecutivo o da almeno un terzo dei componenti il Consiglio direttivo o dai Sindaci.

La convocazione è fatta mediante avvisi scritti, diramati almeno otto giorni prima di quello fissato per

la riunione e contenenti l'indicazione del luogo, giorno, ed ora della riunione stessa e degli argomenti da trattare.

In caso di urgenza il termine di preavviso potrà essere ridotto a tre giorni.

Per la validità delle sedute del Consiglio è necessaria, in prima convocazione, la presenza di almeno di due terzi dei suoi componenti.

In seconda convocazione, che può essere stabilita ad un'ora di distanza dalla prima e nello stesso invito di questa, la seduta è valida quando sia presente almeno una metà dei componenti il Consiglio.

Ogni membro del Consiglio ha diritto a un voto.

Le deliberazioni sono prese a maggioranza di voti.

In caso di parità prevale il voto del Presidente.

Alle adunanze del Consiglio partecipano i Sindaci della Cassa, che debbono perciò essere invitati ad ogni seduta.

Art. 8

Spetta al Consiglio direttivo:

- a) di deliberare le direttive d'ordine generale per l'attuazione degli scopi indicati nell'art. 2 e in particolare di determinare i limiti di applicazione dell'assistenza;
- b) di nominare due membri del Comitato esecutivo;
- c) di approvare il regolamento della Cassa che sarà sottoposto alla ratifica dell'autorità tutoria;

- d) di deliberare, entro il 30 aprile di ogni anno, sui resoconti morali e finanziari del Presidente e del Comitato esecutivo e sul conto consuntivo della Cassa;
- e) di deliberare il bilancio preventivo non oltre il 30 settembre di ogni anno. In tale sede il Consiglio può delegare al Presidente i poteri necessari per introdurre nel bilancio stesso le modificazioni che fossero richieste per l'approvazione del bilancio in sede tutoria;
- f) di deliberare sulle modifiche al presente Statuto da sottoporre all'approvazione a norma di legge;
- g) di dare il parere su ogni questione che sia sottoposta al suo esame dal Presidente e dal Comitato esecutivo;
- h) di adempiere a tutte le altre attribuzioni che siano ad esso demandate dal presente Statuto, dalle leggi e regolamenti dello Stato e dagli organismi superiori.

Art. 9

Il Comitato esecutivo è composto, oltre che dal Presidente e dal Vice Presidente:

- 1) da due componenti il Consiglio direttivo scelti dal Consiglio stesso tra i membri di cui al n. 2 dell'art. 6;
- 2) dal rappresentante del Ministero delle Corporazioni;
- 3) dal rappresentante della Confederazione fa-

scista dei professionisti e degli artisti.

Art. 10

Il Comitato esecutivo si riunisce su convocazione del Presidente almeno una volta al mese.

La convocazione è fatta con le stesse modalità stabilite per il Consiglio direttivo, salvo per il termine di preavviso che è ridotto a cinque giorni e, in caso di urgenza, a tre giorni. Le sedute del Comitato esecutivo sono valide se sono presenti almeno due dei suoi componenti oltre il Presidente.

Ciascun membro ha diritto a un voto.

Le deliberazioni sono prese a maggioranza di voti. In caso di parità prevale il voto del Presidente.

Alle riunioni del Comitato esecutivo possono partecipare i Sindaci che debbono pertanto essere invitati ad ogni seduta.

Art. 11

Spetta al Comitato esecutivo.

- a) di curare il conseguimento dei fini statuari in armonia con le deliberazioni del Consiglio direttivo;
- b) di deliberare le modalità per l'applicazione dell'assistenza prevista dall'art. 2;
- c) di deliberare sui ricorsi degli iscritti o dei loro aventi causa relativamente alle prestazioni;
- d) di esaminare le proposte da sottoporre al Consiglio direttivo;
- e) di adempiere a tutte le altre mansioni che sia-

no ad esso demandate dal presente Statuto, dal regolamento, o che gli siano attribuite dal Consiglio.

Art. 12

Il Presidente della Cassa è il Segretario del Sindacato nazionale fascista dei medici, oppure altra persona appartenente alla categoria, da lui designata d'intesa con la Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti: Egli dirige e rappresenta legalmente la Cassa ed è responsabile del suo andamento e della sua amministrazione; è di diritto Presidente del Consiglio direttivo e del Comitato esecutivo.

In caso d'urgenza il Presidente ha facoltà di esercitare i poteri del Comitato esecutivo salvo la ratifica del Comitato nella prima riunione.

In caso di assenza o di impedimento il Presidente è sostituito dal Vice Presidente.

La nomina del Presidente e del Vice Presidente dev'essere approvata a norma dell'art. 7 della legge 3 aprile 1926 n. 563.

L'approvazione è richiesta dalla Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti.

TITOLO IV

Patrimonio sociale Amministrazione Bilanci

Art. 13

Il patrimonio della Cassa è costituito:

- a) dai beni mobili e immobili e dai valori che per acquisti, lasciti, donazioni o per qualunque altro titolo vengano in possesso della Cassa;
- b) dalle somme destinate a formare speciali riserve o accantonamenti.

Art. 14

Costituiscono entrate della Cassa:

- a) i contributi degli iscritti a norma dell'art.4;
- b) gli interessi attivi e le altre rendite patrimoniali;
- c) le somme incassate per lasciti, donazioni elargizioni, ed in generale per atti di liberalità;
- d) le somme che per qualsiasi altro titolo, previe le eventuali autorizzazioni di legge, vengano in possesso della Cassa.

Art. 15

Gli avanzi annuali di gestione possono essere impiegati unicamente per costituire riserve ordinarie e straordinarie, secondo le modalità che saranno determinate nel regolamento e tenendo in ogni caso presenti le norme dell'art. 27 del Regio decreto-legge 12 ottobre 1933, n. 1399.

Art. 16

Il collegio sindacale è costituito da tre membri effettivi e tre supplenti, dei quali uno effettivo e uno supplente nominati rispettivamente dal Ministero delle Corporazioni, dalla confederazione fascista dei professionisti e degli ar-

tisti e dal Sindacato nazionale fascista dei medici. I sindaci hanno il compito di verificare la contabilità e la cassa, di esaminare e controllare il conto consuntivo e di accompagnarlo con una loro relazione che sarà sottoposta al Consiglio Direttivo.

I sindaci debbono intervenire alle sedute del Consiglio direttivo e possono partecipare a quelle del Comitato esecutivo.

Durano in carica un anno e possono essere confermati.

Art. 17

Per l'Amministrazione del patrimonio e delle entrate sociali nonché per la formazione del bilancio preventivo e del conto consuntivo e degli altri atti e documenti di cui all'art. 29 del Regio decreto legge 12 ottobre 1933, n. 1399 dovranno osservarsi le norme di cui al decreto legge medesimo.

Le stesse norme valgono anche per le eventuali responsabilità del Presidente e delle altre persone contemplate dagli artt. 43, 44, 45 del predetto decreto legge.

Titolo V

Disposizioni generali

Art. 18

Contro le deliberazioni adottate dal Comitato Esecutivo ai sensi della lettera c) dell'art. 11 gli interessati hanno facoltà di ricorrere alla Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti ed in seconda ed ultima istanza al Ministero delle Corporazioni.

Art. 19

In caso di scioglimento o revoca del riconoscimento giuridico della Cassa il liquidatore, nominato dalle autorità competenti, provvederà alla liquidazione dell'attivo ed alla estinzione del passivo.

Il patrimonio netto risultante dalla liquidazione sarà devoluto in conformità di quanto dispone l'art. 20 del R. decreto 1° luglio 1926, n. 1130.

Art. 20

Per tutto quanto non è previsto nel presente statuto si fa riferimento alle norme di legge, alle direttive del ministero delle Corporazioni, alle deliberazioni e istruzioni della Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti ed ai principi del diritto vigente.

ABROGATO IL REGIME CORPORATIVO DELLO STATUTO

In seguito alla caduta del regime fascista, fu abrogato il regime corporativo dello Stato (1943) e delle sue emanazioni. Conseguentemente furono costituiti gli Ordini professionali e le loro Federazioni; in partico-

lare, nel 1946 furono costituiti gli Ordini delle professioni sanitarie e relative Federazioni.

In tema di previdenza sociale degli esercenti le professioni sanitarie, il decreto luogotenenziale del Capo provvisorio dello Stato (DLTCPS) 13 settembre 1946 n. 233 stabiliva (art. 21):

- a) l'obbligo di iscrizione al rispettivo ente di previdenza per tutti gli iscritti agli Albi professionali;
- b) l'obbligo del pagamento dei contributi previdenziali dovuti alle rispettive Casse;
- c) il riconoscimento, in capo ai Consigli nazionali ed alle Federazioni nazionali degli Ordini, del potere di determinare ed imporre il contributo di iscrizione.

Tuttavia fra il 1943 ed il 1950 - in carenza di un atto costitutivo del nuovo Ente di previdenza dei medici - la Cassa continuò ad essere gestita secondo le disposizioni di cui al Regio decreto 14 luglio 1937, n. 1484, avendo comunque adottato la nuova denominazione di **Cassa Nazionale di Assistenza dei Medici (CNAM)**.

Nel 1950, in esecuzione di quanto disposto dall'art. 21 del decreto 13 settembre 1946, la **Cassa di Assistenza del Sindacato Nazionale Fascista Medici** con il DPR 27/10/1950 fu trasforma-

ta in **E.N.P.A.M. - Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici**, con il compito di provvedere all'assistenza ed alla previdenza dei medici iscritti agli Albi tenuti dai relativi Ordini professionali.

Il nuovo Governo venne altresì delegato ad adottare - mediante regolamento esecutivo - ogni misura occorrente all'applicazione del citato decreto 13 settembre 1946 n. 233, ivi comprese norme di regime per la riscossione dei contributi dovuti agli Albi, alla Federazione, alla Cassa di previdenza (art. 28).

In proposito il Regolamento (adottato con DPR 5/04/1950 n. 221) stabilì che per la riscossione dei contributi da corrispondere a norma degli articoli 4, 14, 21 del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233 (si trattava - rispettivamente - dei contributi di iscrizione agli Albi, dei contributi dovuti dagli Ordini provinciali alla loro Federazione nazionale, dei contributi previdenziali e assistenziali dovuti alla competente Cassa di previdenza), si dovevano applicare le norme della legge sulla riscossione delle imposte dirette, osservati la forma ed i termini in essa stabiliti, e con l'“obbligo del non riscosso per riscosso” a carico dell'esattore. L'esattore avrebbe versato direttamente agli Ordini, alle Federazioni e all'Ente di previdenza ed as-

sistenza le quote dei contributi ad essi spettanti.

Con questo primo ma fondamentale nucleo di norme, sul quale si basano tuttora la capacità impositiva dell'Enpam e le sue funzioni istituzionali, il legislatore aveva dunque precostituito in favore dell'Ente gli strumenti giuridici necessari e sufficienti per riconoscere ad esso competenza e poteri occorrenti a gestire la previdenza e l'assistenza della generalità dei medici nonché dei loro familiari e superstiti. Di converso l'Ente - in quanto soggetto giuridico "pre-disposto" dallo Stato ad espletare compiti previdenziali primariamente riservati dallo Stato a sé medesimo (Cost., art. 38, co. 4) - veniva chiamato a farsi corretto interprete dei nuovi principi costituzionali che in era repubblicana avrebbero ispirato le politiche previdenziali del Paese.

NUOVO STATUTO PER LA FONDAZIONE PRIVATA

La quarta tappa nell'evoluzione ordinamentale dell'Ente è rappresentata dalla sua trasformazione in "Fondazione privata".

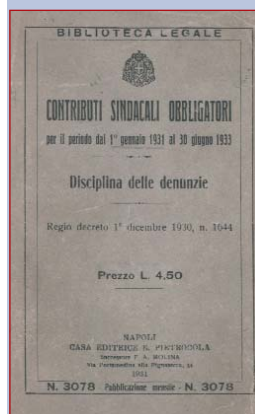
Con decreto del ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, assunto di concerto con il ministero del Tesoro, in data 24 novembre 1995 fu approvato un nuovo Statuto del-

l'Ente, che ne sanciva la trasformazione in **Fondazione Enpam**, per quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 1994 n. 509, attuativo della legge di delega 24 dicembre 1993 n. 537, in materia di trasformazione in persone giuridiche private di Enti gestori di forme obbligatorie di previdenza ed assistenza (G.U. n. 289 del 12/12/1995).

La privatizzazione dell'Enpam avvenne in circostanze che hanno interessato numerosi altri Enti di previdenza per liberi professionisti, come atto particolare di un più ampio disegno politico di riforma dell'intero *welfare state* italiano, di cui gli Enti previdenziali di categoria rappresentano sicuramente una componente fondamentale.

Il decreto legislativo 30 giugno 1994 n. 509 ammise sedici Enti (l'Enpam fra questi) ad optare per la privatizzazione della loro organizzazione, mediante trasformazione in associazione o fondazione di diritto privato:

- Cassa nazionale di previdenza e assistenza avvocati;
- Cassa di previdenza tra dottori commercialisti;
- Cassa nazionale di previdenza e assistenza geometri;
- Cassa nazionale di previdenza e assistenza ingegneri e architetti liberi professionisti;
- Cassa nazionale del notariato;



Titolo I. Denunce dei datori di lavoro dell'industria, dell'agricoltura, del commercio, dei trasporti terrestri e della navigazione interna

Così comincia il primo capitolo del Regio decreto del 1 dicembre 1930 n. 1644 sulla "Disciplina delle denunce". È un libretto venduto a 4,50 lire, stampato dalla Casa editrice E. Pietrocola. 122 articoli, l'ultimo per affermare che la "Disciplina" entre-

rà in vigore il gennaio 1931.



Regio decreto con decorrenza I gennaio 1937. XV-N. 484

Titolo I: Contributi obbligatori

All'articolo 2 si legge: Sono esonerati dall'obbligo della denuncia, sempre che non abbiano dipendenti: 1) i professionisti iscritti agli albi; 2) i venditori ambulanti. Sono altresì esonerati i proprietari di fabbricati, sempre che non abbiano i portieri. 80 articoli.

La pubblicazione edita dall'Istituto poligrafico dello Stato fu stampata per la Confederazione fascista degli industriali.



Indennità di vacanza

Siamo nel 1965. Questo libretto è un documento che illustra i costi in Lire per le prestazioni generiche di medicina e chirurgia. Ne citiamo alcuni per soddisfare la curiosità dei colleghi.

Elettrocardiogramma	2000
ECG con prova da sforzo	2800
Ossimetria arteriosa (fotoelettrica)	2000
Cateterismo in prostatico e ristretto	1600
Uretroscopia	1200
Rimozione di calcolo o corpo estraneo dall'uretra	3200
Anestesia loco regionale	2000
Anestesia epidurale sacrale	4000

- Cassa nazionale di previdenza e assistenza ragionieri e periti commerciali;
- Ente nazionale di assistenza per gli agenti e i rappresentanti di commercio (Enasarco);
- Ente nazionale di previdenza e assistenza consulenti del lavoro (Enpacl);
- **Ente nazionale di previdenza e assistenza medici (Enpam);**
- Ente nazionale di previdenza e assistenza farmacisti (Enpaf);
- Ente nazionale di previdenza e assistenza veterinari (Enpav);
- Ente nazionale di previdenza e assistenza per gli impiegati dell'agricoltura (Enpaia);
- Fondo di previdenza per gli impiegati delle imprese di spedizione e agenzie marittime;
- Istituto nazionale di previdenza dirigenti aziende industriali (Inpdai - privatizzazione successivamente revocata);
- Istituto nazionale di previdenza dei giornalisti italiani (Inpgi);
- Opera nazionale assistenza orfani sanitari italiani (Onaosi).

Tutti insieme fondarono un Comitato unitario delle professioni che si rivelò subito dopo una grandiosa manifestazione al teatro romano "Caprinica", una vera e propria macchina di difesa delle professioni, poi confluita nell'Adepp.

L'approvazione del primo Statuto della Fondazione Enpam registrò peraltro un contenzioso attinente la composizione ed i poteri degli organi gestionali della Fondazione stessa. Terminata la fase giudiziaria della vicenda, il Consiglio nazionale dell'Enpam deliberò un nuovo testo dello Statuto, approvato dai ministeri vigilanti e definitivamente formalizzato con atto notarile dell'aprile 2000.

L'articolato procedimento di trasformazione dell'Enpam da Ente di diritto pubblico in Fondazione privata si perfezionò dunque, in maggior dettaglio, attraverso le seguenti fasi:

- il 24 dicembre 1993 fu emanata la legge n. 537 di delega al Governo per il riordino e la riorganizzazione dell'apparato previdenziale degli enti ausiliari dello Stato;
- il 30 giugno 1994 fu emanato il decreto legislativo n. 509 di privatizzazione di sedici Enti previdenziali individuati nella tabella allegata allo stesso decreto;
- tra il 16 ed il 17 dicembre 1994 il Consiglio nazionale dell'Enpam deliberò la trasformazione dell'En-

te in Fondazione di diritto privato, e contestualmente decise di mantenere lo Statuto ed i Regolamenti previdenziali all'epoca vigenti;

- il 2 ottobre 1995 il Consiglio nazionale approvò il primo nuovo Statuto della Fondazione;
- il 28 ottobre 1995 il Consiglio nazionale approvò alcune modifiche statutarie richieste dai ministeri vigilanti, che condizionavano l'approvazione definitiva del primo Statuto della Fondazione;
- il 24 dicembre 1995 il ministro del Lavoro e della Previdenza sociale, di concerto col ministro del Tesoro, emise il decreto di approvazione dello Statuto della Fondazione;
- il 29 luglio 1999 il Comitato direttivo dell'Ente approvò significative modifiche normative al testo dello Statuto della Fondazione per adeguare l'ordinamento statuario alle censure contenute nella sentenza assunta dal T.A.R. Lazio (Sent. n. 2157 del 15-23 luglio 1999), su ricorso promosso dall'Ordine provinciale dei medici chirurghi ed odontoiatri di Milano. Il processo era stato promosso per contestare la legittimità dello Statuto della Fondazione in ordine alla costituzione ed ai

poteri dei nuovi organi gestionali individuati dall'atto impugnato.

Tra le vicende processuali di particolare rilievo di quell'anno si registrava la pronuncia della Corte Costituzionale circa la legittimità del nuovo assetto ordinamentale dato agli Enti previdenziali privatizzati dal decreto legislativo n. 509/94 (Corte Costituzionale, Sentenza numero 15, del 15 gennaio-27 febbraio 1999);

- il 21 febbraio 2000 il ministro del Lavoro e della Previdenza sociale, di concerto con il ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione, approvò il testo Statutario vigente, condizionando l'efficacia del decreto di approvazione alla introduzione di talune limitate modifiche, poi deliberate dal Consiglio nazionale nella seduta del 1° aprile 2000.

ENTE PRIVATIZZATO A VALENZA PUBBLICISTICA

La privatizzazione dell'Ente ha comportato l'assunzione di una personalità giuridica privata (art.1 del D. Lgs. n. 509/94), con il conseguente riferimento alle disposizioni di cui agli articoli 12 e seguenti del Codice civile. Ma l'attività istituzionale della Fondazione Enpam è rimasta sostanzialmente a valenza

pubblicistica: come ha precisato in proposito la stessa Corte Costituzionale *“La privatizzazione degli enti pubblici di previdenza e assistenza è inserita nel contesto del complessivo riordinamento o della soppressione di enti previdenziali, in corrispondenza ad una direttiva più generale volta ad eliminare duplicazioni organizzative e funzionali nell’ambito della pubblica amministrazione. Alla razionalizzazione organizzativa ed alle fusioni ed incorporazioni, che tale direttiva implica, si sottraggono gli enti che, non usufruendo di alcun sostegno finanziario pubblico, intendono mantenere la loro specificità ed autonomia, assumendo la forma dell’associazione o della fondazione. La privatizzazione, prevista dal legislatore delegante, è caratterizzata da elementi sia di continuità che di innovazione. La giurisprudenza costituzionale ha già riconosciuto che la trasformazione lascia immutato il carattere pubblicistico dell’attività istituzionale di previdenza ed assistenza, secondo le finalità istitutive di ciascun ente, così giustificando l’obbligatorietà dell’iscrizione e della contribuzione. Si modificano, invece, gli strumenti di gestione e la qualificazione dell’ente, che si tra-*

sforma ed assume la personalità di diritto privato.” (Corte Cost., Sent. n. 15 del 5/02/99).

In particolare:

- rimane l’obbligatorietà dell’iscrizione previdenziale (art. 1, co. 3, D. Lgs. n. 509/94);
- rimane l’obbligatorietà della contribuzione previdenziale (art. 1, co. 3, D. Lgs. n. 509/94);
- l’Ente ha autonomia gestionale, organizzativa e contabile, pur sempre - però - nei limiti ed *“in relazione alla natura pubblica dell’attività svolta”* (art. 2, co. 1, D. Lgs. n. 509/94);
- l’Ente è soggetto alla vigilanza del ministero del Lavoro, che in taluni casi si esercita di concerto col ministero del Tesoro;
- l’Ente è soggetto ai controlli della Corte dei Conti (art. 3, co. 5, D. Lgs. n. 509/94);
- l’Ente è obbligato a costituire una riserva legale preordinata ad assicurare la continuità nell’erogazione delle prestazioni (art. 1, co. 4, lett. c), D. Lgs. n. 509/94), ed a garantire l’equilibrio di bilancio; tale “stabilità” di gestione è da assicurare per un arco temporale non inferiore a 15 anni (art. 3, co. 12, L. n. 335/95).

Il processo di privatizzazione, inoltre, non ha con-

- né un caso di successione del nuovo ente giuridico a quello preesistente nella titolarità del patrimonio e dei rapporti giuridici intrattenuti; *“gli enti trasformati continuano a sussistere come enti senza scopo di lucro e assumono la personalità giuridica di diritto privato, ai sensi degli articoli 12 e seguenti del codice civile e secondo le disposizioni di cui al presente decreto, rimanendo titolari di tutti i rapporti attivi e passivi dei corrispondenti enti previdenziali e dei rispettivi patrimoni. Gli atti di trasformazione e tutte le operazioni connesse sono esenti da imposte e tasse”* - art. 1, co. 2, D. Lgs. n. 509/94);
- né una radicale innovazione dell’intima natura dei fini istituzionali e del rapporto previdenziale con gli iscritti; *“gli enti trasformati continuano a svolgere le attività previdenziali e assistenziali in atto riconosciute a favore delle categorie di lavoratori e professionisti per le quali sono stati originariamente istituiti, ferma restando l’obbligatorietà della iscrizione e della contribuzione [...]”* - art. 1, co. 3, D. Lgs. n. 509/94);

sì che in capo alla Fondazione rimangono sostanzialmente immutati i preesistenti poteri pubblicistici strettamente connessi al perseguimento di quei fini ed alla gestione del rapporto assicurativo, dovendosi ritenere che *“gli enti privatizzati siano, con riguardo alla suddetta attività istituzionale, organi indiretti della Pubblica Amministrazione e, in quanto tali, di questa continuino ad esercitare i poteri, compreso, anzitutto, quello impositivo in materia di contribuzione, sicuramente conservato anche senza un esplicito riconoscimento del legislatore, in quanto altrimenti non avrebbe senso la previsione dell’obbligatoria iscrizione e contribuzione”* (C. Cost., Sent. 18/07/97 n. 248).

Si può quindi affermare che la privatizzazione dell’Ente, attuata in conformità al D. Lgs. n. 509/94, ha inciso esclusivamente “sul lato interno” della sua organizzazione e del suo funzionamento, conseguendo in detto ambito ampia autonomia gestionale, organizzativa e contabile (art. 2, D. Lgs. n. 509/94), in una rinnovata prospettiva di rapporti con le Istituzioni pubbliche di controllo, secondo la quale *“lo Stato [...] è interessato alla funzione, ovvero ai compiti finali degli enti, non agli enti stessi. Questi, come tali, devono sfuggire al potere statale, così come deve esservi sottratta tutta l’attività strumentale”* (Sabino Cassese).

Ci sembra utile riportare la tabella della pagina seguente:

Cronologia fondamentale		
Anni	Riforme ordinamentali	Atto
1937	Viene istituita la Cassa di Assistenza del Sindacato Nazionale Fascista Medici , corporazione dei medici	RD 11/07/1937 n. 1484
1943	Abrogato il regime corporativo dello Stato sociale fascista, fra il 1943 ed il 1950 la Cassa continuò ad essere gestita secondo le disposizioni di cui al RD 14 luglio 1937, n. 1484, ma avendo adottato la nuova denominazione di Cassa Nazionale di Assistenza dei Medici (CNAM)	RD 11/07/1937 n. 1484
1950	Viene istituito l' E.N.P.A.M. - Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici , Ente di diritto pubblico	DPR 27/10/1950
1958	È approvato il primo Regolamento di previdenza dell' Enpam	DM 7/01/1958
1959	È approvato il primo Statuto dell' Enpam	DPR 2/09/1959 n. 931
1995	L'Ente diventa Fondazione Enpam	DM 24 novembre 1995
2000	Il Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale - di concerto col Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione - approva il vigente testo statutario della Fondazione Enpam	DM 21 febbraio 2000

LE TAPPE MILIARI DELLA TUTELA PREVIDENZIALE-ASSISTENZIALE

L'attuale sistema normativo che disciplina il funzionamento dell'Ente è particolarmente articolato e complesso, tanto nella parte che ne disciplina le attività istituzionali, quanto in quella che ne regola le attività strumentali (gestione delle risorse umane, investimenti, gestione del patrimonio, amministrazione del contenzioso, ecc.). Esso non è costituito soltanto da provvedimenti adottati dall'Enpam, ma anche da una congrua infinita di norme statali nonché da norme di adeguamento ai principi costituzionali dichiarati nel magistero della Corte Costituzionale.

Tracciamo ora un quadro storico delle principali tappe evolutive del sistema previdenziale-assistenziale dell'Enpam dove si possano individuare talune innovazioni regolamentari che sono il segno di autentiche svolte politiche. Esse rispondono a talune ben precise istanze dell'Istituto, che diventano per ciò stesso altrettante "chia-

vi di lettura" nello studio del sistema normativo che regola le attività istituzionali del nostro Ente:

- adeguare il regime previdenziale-assistenziale dei medici al nuovo modello di *welfare state* fatto proprio dalla nuova Costituzione repubblicana;
- approntare un regime previdenziale esteso all'intera categoria dei medici;
- offrire una serie di servizi sussidiari agli iscritti, con lo scopo di accentuare le connotazioni proprie di un regime categoriale.

L'EVOLUZIONE DEL "SISTEMA PREVIDENZA"

Come abbiamo visto accennando alla Cassa di Assistenza del Sindacato Nazionale Fascista Medici, in origine gli scopi istituzionali dell'Ente erano molto circoscritti: scopo prioritario della Cassa era quello di erogare assegni assistenziali temporanei od *una tantum* agli iscritti ed ai loro familiari che si trovassero in particolari stati di bisogno. Di contro alla limitatezza di questo scopo fondamentale, la legge istitutiva della Cassa prevedeva la possibi-

lità che il suo regolamento di funzionamento stabilisse anche delle prestazioni previdenziali. Tuttavia questa possibilità rimase inattuata sino a tutto il 1957, cioè ancora per molti anni dopo la trasformazione della Cassa in Ente di previdenza e di assistenza.

Nel tempo intercorso fra la costituzione dell'Enpam (1950) e l'approvazione del suo primo Regolamento previdenziale (1958), maturò comunque una disciplina che prevedeva l'erogazione di "prestazioni assistenziali continuative" disposte in favore dei medici e dei loro familiari superstiti, che si trovassero in particolare stato di bisogno. All'epoca l'"attività assistenziale" dell'Enpam movimentava capitali di tutto rispetto. Una situazione contabile elaborata a fine esercizio 1957 così esprimeva entrate ed uscite del Fondo assistenza:

Come si comprende agevolmente dai dati della tabella sotto riportata, nel periodo considerato:

- le entrate contributive più cospicue (73%) erano rappresentate dalle "marche Enpam", che all'epoca venivano apposte - con poche eccezioni - su ogni tipologia di certificato medico. Questa forma di imposizione contributiva è stata abolita dalla legge Finanziaria per il 2001 (L. 23/12/2000 n. 388);
- i contributi fissi posti a carico degli iscritti rappresentavano un cospicuo assolutamente modesto (9%), tant'è che gli stessi proventi patrimoniali (18%) - benché d'importo significativo solo a decorrere dal 1956 - erano pari a due volte la massa dei contributi fissi.

Nel confronto coi dati del bilancio consuntivo 2005 si osserva come si è evoluta ormai la gestione dei Fondi di Previdenza Enpam:

- abolite le "marche Enpam", le entrate contributive sono ormai costituite esclusivamente da contributi diretti versati dagli iscritti, mentre nel 1957 i contributi diretti rappresentavano soltanto il 10% delle entrate contributive dell'Ente;
- nel 1957 l'Ente erogava prestazioni per 319,8 milioni di Lire, nel 2005 l'Enpam ha erogato prestazioni per 918,1 milioni di Euro, pari a 1.777,6 miliardi delle vecchie Lire.

Bilancio consuntivo 2005

(valori espressi in Euro)

Entrate			Uscite
Contributi degli iscritti	Redditi patrimoniali	Totali entrate	Prestazioni
1.511.280.049	428.895.304	1.940.175.353	918.145.773
(78%)	(22%)	(100%)	

Nel 1958 si ebbe il primo "Regolamento per l'attività statutaria" dell'Ente in era repubblicana: con DM 07/01/1958 furono approvate le delibere assunte dal Comitato direttivo nelle sedute 19 maggio e 9 dicembre 1957 per disciplinare l'attività previdenziale ed assistenziale dell'Ente.

Anni	Entrate				Uscite
	Marche Enpam	Contributi degli iscritti	Redditi patrimoniali	Totali entrate	Prestazioni
1950	279.104	1.808.000	919.404	3.006.508	1.923.800
1951	5.852.503	2.549.265	750.582	9.152.350	3.084.000
1952	14.574.268	2.717.885	767.167	18.059.320	12.384.000
1953	50.083.585	5.558.436	534.841	56.176.862	40.569.000
1954	52.933.900	6.279.891	830.562	60.044.353	53.610.000
1955	66.681.179	6.336.151	1.756.029	74.773.359	75.755.000
1956	62.738.715	7.022.579	21.302.133	91.063.427	254.240.000
1957	60.124.360	6.733.108	51.852.574	118.711.999	329.860.000
Totali	313.267.614	39.005.315	78.713.292	430.988.178	771.425.800
	(73%)	(9%)	(18%)	(100%)	

Il “Regolamento 1958” richiamava l’obbligo di contribuzione all’Enpam per tutti gli iscritti agli Albi professionali tenuti dagli Ordini dei medici chirurghi, realizzando così il progetto ideato in epoca fascista di una previdenza di categoria affidata ad un unico Ente istituzionale. Inoltre, il Regolamento distingueva, ormai chiaramente, fra attività di previdenza ed attività di assistenza e, invertendo le priorità per esso individuate in epoca fascista, fondava sull’attività previdenziale in favore degli iscritti la prima ragione fondante della funzione istituzionale dell’Enpam. I trattamenti già riconosciuti in forma di “assegni assistenziali continuativi” continuarono ad essere mantenuti per molti anni ancora, sino ad esaurimento della classe dei loro beneficiari.

Il lento declino di questa tipologia di trattamento si dimostra confrontando alcune cifre dei bilanci 1958 e 1961:

	Assistenza continuativa	Pensioni del Fpg	Fondo Ambulatoriali Inam
1958	180.900.000 (88%)	8.600.500 (4%)	15.644.597 (8%)
1961	194.746.820 (9%)	1.894.326.700 (89%)	43.494.178 (2%)

La tutela approntata dal primo Regolamento del Fondo di Previdenza generale dell’Enpam fu accolta con entusiastico favore da tutti gli iscritti, come attestano indubbiamente i documenti del tempo.

Il 9 dicembre 1961 i pensionati consegnarono al prof. Andrea Benagiano, primo Presidente dell’Enpam, una medaglia d’oro di benemerita, quale riconoscimento per l’opera da lui svolta in campo previdenziale in favore della classe medica. Di converso, per molti anni gli iscritti ammessi a beneficiare degli assegni assistenziali continuativi condussero una lunga battaglia per fruire invece del trattamento pensionistico, facendone una questione di dignità non già di valore economico della prestazione.

Col passare del tempo quel primo regime previdenziale avrebbe denunciato sempre più chiaramente i limiti di una tutela solo “minimale” e quindi per sé inadeguata a tutelare reali esigenze previdenziali.

Tuttavia in quella fase storica non v’era modo, né convenienza, né istanza di scombinare più di tanto il meccanismo del Fondo di previdenza generale. Si pensò dunque di risolvere l’antinomia ricorrendo ad un ampliamento della base delle attività professionali dei medici da assoggettare a tutela previdenziale presso l’Enpam.

APPROVATO NEL 1959 UN NUOVO STATUTO

Un nuovo Statuto, approvato con DPR 2 settembre 1959 n. 931, introdusse la possibilità per l’Ente di gestire *“fondi speciali per la previdenza e l’assistenza a favore di particolari categorie di sanitari, previa autorizzazione del Ministero del lavoro e della previdenza sociale”* (art. 4, Statuto 1959). Si trattava del Fondo costituito con i contributi versati dagli Enti mutualistici gestori dell’assicurazione di malattia, sulla base di accordi e convenzioni in favore dei medici aventi con essi rapporto professionale (art. 23, Statuto 1959).

Il nuovo Statuto riconfigurava così l’intera attività istituzionale dell’Ente: a decorre dall’entrata in vigore del nuovo ordinamento statutario, l’Enpam avrebbe provve-

duto all’espletamento dei propri compiti istituzionali di previdenza ed assistenza in favore degli iscritti e dei propri familiari non solo mediante i contributi dovuti ex art. 21 del DLCP 13 settembre 1946 n. 233 (che già affluivano al Fondo di previdenza generale), ma anche attraverso i contributi dovuti dagli iscritti al Fondo speciale di nuova istituzione.

Di fatto l’Ente poneva così - accanto ad un generalizzato sistema di tutela “assistenziale” o “residuale”, volto ad assicurare trattamenti minimi ed uniformi per classi omogenee di aventi diritto (qual era - in sostanza - la tutela prestata dal “Fondo di previdenza generale”) - un moderno sistema “previdenziale”, per molti versi eterogeneo rispetto al “Fondo generale”:

- il “Fondo speciale” era preordinato a garantire (solo per talune categorie professionali di iscritti, che però rappresentavano pur sempre un ampio subinsieme di medici) prestazioni non più uniformi, ma differenziate in ragione di una contribuzione commisurata ai redditi professionali prodotti dagli iscritti nell’arco temporale di tutta l’attività lavorativa da essi svolta in regime di convenzione con le Casse ed istituti gestori dell’assicurazione di malattia (Inam, Enpas, Inadel, Endepdp, ecc.);

- il nuovo schema di protezione previdenziale sollecitava gli iscritti a considerare la garantita corrispondenza tra storia contributiva individuale e misura del trattamento spettante al momento del pensionamento come fattore di "equità" del rapporto previdenziale, mentre la vantaggiosità del rapporto "contributi/prestazioni" ed i benefici assicurati coi trattamenti di invalidità ed in favore ai superstiti servivano a conferire al sistema gli irrinunciabili connotati dello schema previdenziale gestito da un ente pubblico;
- l'iscrizione al "Fondo speciale" sarebbe stata anch'essa pur sempre obbligatoria e non facoltativa, ma le sopradette valutazioni di "equità" e di "soggettiva convenienza" che il nuovo schema di protezione previdenziale sollecitava, servivano a motivare diversamente le ragioni per prestarvi un'adesione convinta: esse stavano non più soltanto nell'obbligo di serietà che deve assistere l'assunzione ed il rispetto di un "patto intergenerazionale", ma "anche" - e soggettivamente ragionando, "soprattutto" - in una sorta di "convenienza sinallagmatica" tra impegni presenti e future prestazioni.

PRIMI ACCORDI CON LE EX CASSE MUTUE

Datano la fine degli anni '50 / gli inizi degli anni '60 i primi accordi con le ex Casse mutue sanitarie (Inam, Enpas, Inadel, Enpdedp, ecc.) per il versamento all'Enpam dei contributi in favore dei medici aventi rapporto professionale con gli istituti all'epoca gestori dell'assicurazione sociale di malattia. Gli accordi trovavano fondamento nel nuovo Statuto del 1959, ma il regolamento che disciplinava il rapporto previdenziale riferito a detta contribuzione ebbe approvazione solo col DM 24/06/1968 (delibere del C.D. in data 27 maggio 1967 e del 20 aprile 1968), sia pure con decorrenza retroattiva al 1° gennaio 1961.

In base al nuovo "Regolamento del Fondo di previdenza a favore dei medici aventi rapporto professionale con gli istituti gestori dell'assicurazione sociale di malattia":

1. l'Enpam istituiva *"un conto personale unico per ciascun medico avente rapporto professionale con istituti gestori dell'assicurazione sociale di malattia"*, sul quale venivano accreditati: a) tutti i contributi versati per il medico intestatario del conto medesimo dagli istituti datoriali, de-



tratta una aliquota pari al 25% dei contributi stessi, destinata alla costituzione del fondo di riserva tecnica della gestione; b) i contributi volontari eventualmente versati dall'iscritto; c) i proventi patrimoniali conseguiti dall'Enpam con l'investimento dei fondi, ivi comprese le eventuali plusvalenze contabilizzate in bilancio al netto delle spese di amministrazione.

L'aliquota del 25% dei contributi destinata al fondo di riserva tecnica della gestione era suscettibile di modifiche in base alle risultanze della gestione medesima, da accertare a mezzo di apposito bilancio tecnico, da compilare alla fine di ogni triennio:

2. dopo il raggiungimento del 65° anno di età, o anche prima - in caso di cessazione del rapporto professionale con gli istituti gestori dell'assicurazione sociale di malattia - il medico intestatario del conto personale poteva conseguire in qualsiasi momento, su domanda, la liquidazione dell'intero importo del conto stesso o di parte di esso. L'indennità era convertibile, in tutto o in parte, in pensione ordinaria reversibile ai superstiti, in base a coefficienti di conversione riportati in apposita tabella allegata al regolamento;
3. al medico divenuto inabile in modo assoluto e permanente all'esercizio dell'attività professionale prima del compimento del 65° anno di età spettava, cessando dal rapporto di collaborazione con tutti gli enti gestori dell'assicurazione di malattia, la liquidazione dell'importo del conto personale, incrementato di una maggiorazione pari a 2 volte l'importo stesso. In ogni caso detta maggiorazione non poteva essere inferiore a L. 200.000 né superiore a L. 500.000. Ove il conto personale fosse d'importo almeno pari a lire un milione e risultasse acceso da almeno tre anni al momento della presentazione della domanda di pensione per invalidità, il medico invalido poteva conseguire, in luogo della liquidazione in capitale, una pensione annua reversibile ai superstiti, composta delle seguenti quote:
 - il 30% delle prime L. 1 milione dell'importo del conto personale;
 - il 20% delle successive L. 1 milione dell'importo del conto personale;
 - il 10% dell'eccedenza;
4. al nucleo familiare superstite del medico deceduto prima del compimento del 65° anno di età il Fondo assicurava la liquidazione del "conto personale" dell'iscritto per le seguenti quote:

Aliquote della pensione a superstiti

50%	In caso vi fosse 1 familiare superstite
75%	In caso vi fossero 2 familiari superstiti
100%	In caso vi fossero 3 o più familiari superstiti

Al coniuge superstite, ai figli di età inferiore ai 21 anni, ed ai figli di qualunque età se inabili a qualsiasi lavoro proficuo al momento del decesso del medico, il regolamento riservava, ove consentito, la scelta del trattamento di pensione al posto della liquidazione in capitale, pensione che in tal caso (pensione indiretta) era fatta pari al trattamento che sarebbe stato riconosciuto al medico iscritto, ove fosse divenuto invalido in modo assoluto e permanente al momento del decesso. In mancanza delle predette categorie di superstiti, la liquidazione in capitale competeva, nella ridotta misura del 50%, al padre del medico o, in caso di mancanza di quest'ultimo, alla madre del medico, in ogni caso senza opzione per la conversione in pensione;

5. le pensioni di reversibilità erano riconosciute per le quote più sopra indicate.

Si trattava, secondo ogni evidenza, di un Fondo strutturato e gestito secondo uno schema "a capitalizzazione", un'autentica "rarietà" nel panorama ge-

nerale della previdenza sociale, che dopo la seconda guerra mondiale aveva assistito ad una sorta di esodo forzoso di tutti i regimi previdenziali europei dal sistema "a capitalizzazione" verso quello "a ripartizione"; un'esperienza da considerare *ante litteram*, in rapporto al tanto parlare dei nostri giorni circa i sistemi più opportuni di gestione dei Fondi previdenziali.

Dal dato normativo appare inoltre chiaro che il calcolo del trattamento previdenziale spettante agli iscritti era effettuato secondo il "metodo contributivo".

L'opzione per lo schema "a capitalizzazione" in ordine alla gestione del nuovo "Fondo" aveva postulato anche la precostituzione di norme statutarie che consentissero lo sviluppo di un ampio programma di investimenti, che l'Ente in seguito condusse per circa un trentennio eminentemente sul mercato immobiliare: scottava ancora nella memoria dei suoi amministratori il crollo dei sistemi previdenziali "a capitalizzazione" che prima della seconda guerra mondiale avevano investito in titoli mobiliari le risorse finanziarie accumulate.

INVESTIRE I FONDI ANCHE IN IMMOBILI

Altra innovazione di particolare rilevanza nello Statuto del 1959 era contenuta nelle disposizioni che consentivano all'Ente di investire i fondi disponibili, oltre che - beninteso - in titoli mobiliari ed in depositi fruttiferi di sicura garanzia, anche in operazioni immobiliari varie (acquisto di "immobili urbani e rustici, anche sotto forma di pacchetti azionari rappresentativi di essi", concessioni di mutui edilizi garantiti da ipoteche, ecc.).

Di contro a tutte queste evidenze circa lo schema di finanziamento adottato per il Fondo speciale, sulla stampa dell'epoca si assiste ad una vigorosa polemica che contrappone il direttore generale del tempo, il prof. Giovanni De Luca, ad un non meglio identificato articolista che evidentemente criticava le scelte fatte dall'Ente per la costituzione di un Fondo pensionistico "a capitalizzazione". La tesi del direttore era che si trattava invece, pur sempre, di un Fondo gestito "a ripartizione", più precisamente di un sistema "a ripartizione attenuata": non *"è da ritenere, come fa l'articolista, che un Ente che eroga pensioni commisurate all'anzianità contributiva sia da considerare automaticamente retto a regime di capitalizzazione. Le pensioni*

possono essere commisurate alla anzianità contributiva anche nei regimi a ripartizione! L'adozione dei regimi a ripartizione è dovuta proprio al timore di dover pagare i contributi in denaro buono e ottenere pensioni in moneta svalutata: e di ciò sanno qualcosa i vecchi pensionati dell'Inps e degli Istituti di previdenza del ministero del Tesoro le cui gestioni sono state fino a qualche tempo fa a capitalizzazione e le cui riserve si sono polverizzate con la svalutazione monetaria dell'ultimo dopoguerra. Ma, a chiarimento dei motivi che indussero i Consigli nazionali ad adottare il vigente sistema per l'Enpam, riportiamo un passo della Relazione della Commissione per la revisione del Regolamento, presieduta dal prof. Benagiano [...]"

Senonché l'opinione che si trattasse invece di un Fondo finanziato "a capitalizzazione" è confermata valutando *a contrariis* quale fu il senso della riforma regolamentare del Fondo attuata nel 1976.

Il Fondo nel frattempo si era tripartito: nel 1972, ma con decorrenza retroagente al 1° gennaio 1971, il "Fondo di previdenza a favore dei medici aventi rapporto professionale con gli istituti gestori dell'assicurazione sociale di malattia" era stato suddiviso in tre





distinti "Fondi speciali":

- il "Fondo di previdenza a favore dei medici operanti negli ambulatori gestiti direttamente dagli istituti" (cd. "Fondo ambulatoriali");
- il "Fondo di previdenza a favore dei medici generici operanti nei propri studi professionali" (cd. "Fondo medici generici");
- il "Fondo di previdenza a favore dei medici specialisti operanti nei propri studi professionali" (cd. "Fondo specialisti esterni").

Con i regolamenti del 1976 (DM 15/10/1976 di approvazione delle delibere del C.D. 26/06/1976 e 17/07/1976) si realizzava un vero e proprio "cambio di rotta" nelle opzioni fondamentali in precedenza adottate dall'Ente in ordine ai criteri di gestione dei "Fondi speciali".

ANNI '60: UNA STAGIONE DI AMPIE REVISIONI

Per descrivere convenientemente il senso di quelle innovazioni occorre accennare al clima culturale imperante a quel tempo nella cerchia degli enti previdenziali, degli ambienti che attorno ad essi gravitavano e fra le masse degli assistiti. Verso la metà degli anni '60 cominciò a cambiare il vento.

Ebbe inizio una stagione di ampie e diffuse revisioni dei sistemi previdenziali, tutte orientate a miglio-

rare i livelli delle prestazioni erogate.

Nel 1964 l'Inpgi, l'Istituto nazionale di previdenza dei giornalisti, ottenne l'approvazione di una delibera in base alla quale la pensione di vecchiaia spettante all'iscritto con 30 anni di contribuzione era commisurata all'80% della retribuzione media degli ultimi 60 mesi di attività, ovvero degli ultimi 120 mesi, se questo parametro fosse risultato a lui più favorevole.

Con legge 21 luglio 1965 n. 903, il Parlamento conferì una delega al Governo per riformare l'assicurazione per Invalidità, Vecchiaia e Superstiti (IVS-Inps) nel senso - fra l'altro - di *"migliorare gradualmente l'attuale rapporto tra salari, anzianità di lavoro e livelli di pensione e attuare il conseguente equilibrio contributivo, in modo da assicurare, al compimento di 40 anni di attività lavorativa e di contribuzione una pensione collegata all'80 per cento della retribuzione media dell'ultimo triennio"*. Dopo alcuni provvedimenti attuativi, risultati poi di applicazione solo temporanea, la materia fu così disciplinata definitivamente con la legge 30 aprile 1969 n. 153:

- prestazioni commisurate al 74% di una media retributiva da calcolarsi prendendo in considerazione i compensi degli ultimi 5 anni di attività (*rectius*:

260 settimane), per le pensioni decorrenti dal 1° gennaio 1969;

- b) prestazioni commisurate all'80% di una media retributiva da calcolarsi prendendo in considerazione i compensi degli ultimi 10 anni di attività (rectius: 520 settimane), per le pensioni decorrenti dal 1° gennaio 1976.

In ordine al calcolo della retribuzione media la legge stabiliva l'obbligo di far riferimento ai 3 migliori anni di contribuzione ricadenti nei periodi da considerare (rispettivamente, gli ultimi 5 o gli ultimi 10 anni di attività).

INPS E INPGI ADOTTANO IL METODO RETRIBUTIVO

In luogo dell'abbandonato "metodo contributivo", Inps ed Inpgi avevano dunque adottato il "metodo retributivo" per il calcolo delle pensioni, più vantaggioso per i pensionati in quanto funzionalmente preordinato ad assicurare trattamenti d'importo abbastanza prossimi ai livelli medi delle retribuzioni da essi percepite nell'ultimo periodo di attività.

L'adozione del "metodo retributivo" riduceva significativamente il disagio avvertito dal pensionato quando in precedenza, nel passaggio dallo stipendio alla pensione, assisteva al crollo improvviso delle sue entrate mensili. Il nuovo

sistema di calcolo delle pensioni era anche maggiormente rispondente al dettato costituzionale che vuole i sistemi di tutela sociale preordinati a prestare ai lavoratori mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità, vecchiaia ed in ogni caso sufficienti ad assicurare ad essi stessi ed alle loro famiglie un'esistenza libera e dignitosa.

In quel contesto maturò anche la decisione dell'Ente di abbandonare il "metodo contributivo" nel calcolo delle prestazioni dovute dai Fondi speciali, che per il futuro sarebbero state calcolate - quindi - secondo un metodo molto simile a quello dell'Inps.

La decisione di adottare il nuovo metodo di calcolo delle prestazioni erogate dai Fondi speciali non comportava di necessità la scelta di transitare anche ad un diverso "schema di finanziamento" del Fondo. Ma in quell'occasione agli amministratori dell'Enpam apparve più opportuno anche decidere di transitare - in combinazione - ad un sistema di finanziamento "a ripartizione".

Per provare il fatto che con i regolamenti 1976 si è transitati inequivocabilmente da un "sistema a capitalizzazione" all'opposto "sistema a ripartizione", risulta decisivo considerare il mutato sistema di registrazione contabile degli introiti contributivi e dei proven-

ti degli investimenti realizzati, che, a decorrere dall'entrata in vigore del regolamento 1976, sono stati stornati dai "conti personali" degli iscritti alla riserva tecnica generale dei singoli Fondi.

Secondo alcuni validi schemi di valutazione la portata di quella decisione, innovando *ex abrupto* e così radicalmente il sistema di contabilizzazione dei flussi finanziari, assume rilevanza tale da costituire, da solo, l'unico elemento veramente indispensabile a provare oggettivamente che nel 1976 intervenne una decisione di transitare dal "sistema a capitalizzazione" al "sistema a ripartizione", come pure l'opzione per il sistema di calcolo retributivo della pensione: *"il calcolo della pensione con metodo contributivo è sostanzialmente identico sia in un sistema a ripartizione che in uno a capitalizzazione. Ma nel primo il capitale è da considerarsi fittizio, è una realtà solo contabile, mentre nel sistema a capitalizzazione il capitale esiste veramente, perché accumulato"* (A. Marano).

FONDI SPECIALI: UNA VERA CONQUISTA

L'istituzione dei "Fondi speciali" di previdenza aveva configurato indubbiamente una conquista per l'intero sistema previdenziale dell'Enpam che (almeno se considerato nella sua globalità) finalmente si evolveva da sistema di protezione "residuale" a sistema propriamente "previdenziale", ma erano comunque gravi e numerose le anomalie di una situazione che - sia pur contro ogni proposito degli amministratori dell'Ente - poneva in posizione ancillare proprio il "Fondo di previdenza generale", quello che storicamente ne aveva giustificato la costituzione come gestore di uno schema di protezione generalizzato:

- la funzione sociale assolta dai "Fondi speciali" era effettivamente rispondente ai requisiti di un moderno sistema di previdenza, bensì commisurato al parametro costituzionale dell'art. 38 - secondo cui *"i lavoratori hanno diritto a che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia"* -, ma esso era un sistema pur sempre limitato solo ad alcune classi di iscritti, quelli a rapporto di lavoro con le Casse mutue di malattia;
- la tutela del "Fondo di previdenza generale" era invece estesa a tutti i medici, ma la limitatezza della protezione previdenziale-assistenziale da esso assicurata non garantiva più la funzione sociale del Fondo stesso; in ogni caso si trattava di uno schema col

tempo disallineatosi dal parametro costituzionale più sopra indicato;

- le movimentazioni di entrate ed uscite finanziarie riconducibili alla gestione dei “Fondi speciali” erano incomparabilmente superiori a quelle del “Fondo generale”: di per sé un mero dato contabile, ma che evidenziava chiaramente lo sbilanciamento delle due tutele.

Questa situazione non era imputabile agli amministratori dell’Ente ma ad una diffidenza verso le assicurazioni sociali all’epoca ampiamente diffusa in tutti i liberi professionisti italiani, non solo nei medici. Solo a ciò era riconducibile la mancata evoluzione del “Fondo di previdenza generale”; e non era per casualità che i “Fondi speciali” di Previdenza Enpam fossero stati istituiti per i medici aventi rapporto professionale con gli istituti gestori dell’assicurazione sociale di malattia: essi esercitavano la loro professione nell’ambito di un rapporto di lavoro all’epoca definito “parasubordinato”, risultando per ciò stesso più pronti ad accettare e condividere le logiche di un moderno schema di assicurazione sociale.

L’evidenziata anomalia risultava aggravata dal fatto che proprio nel 1961, ossia nello stesso anno in cui si programmava e si avviava un piano di ampio sviluppo per i “Fondi speciali”, con un nuovo regolamento (DM 24/07/1961) l’Ente, sulla base delle risultanze del triennale bilancio tecnico, era stato costretto a rivedere generalmente in peius lo schema di protezione assicurabile dal “Fondo di previdenza generale”.

Con i successivi provvedimenti di modifica regolamentare si cercò a più riprese di rettificare questo tipo di situazione, ma sino al 1990 - anno in cui si pervenne infine ad una radicale revisione dello schema previdenziale del “Fondo di Previdenza Generale” (con DM 22 giugno 1990 e DM 23 ottobre 1990) - la gestione del Fondo si è sempre dovuta barcamenare, al meglio possibile, fra esigenze - da un lato - di adeguatezza ed equità sostanziale della tutela previdenziale e - dall’altro - di contrapposte necessità di bilancio.

NUOVO REGOLAMENTO DEL FONDO GENERALE

Per la necessità di porre fine a severe critiche sulla riconoscibilità al Fondo di previdenza generale di una sua reale funzione di tutela previdenziale (il Fondo si basava ancora su contributi minimi d’importo fisso, così da non poter garantire - corrispondentemente - prestazioni adeguate ai parametri costituzionali), con DM 22/06/1990 e DM 23/10/1990 fu approvato un nuovo regolamento per il Fondo di previdenza generale, che innovava radicalmente la fisionomia regolamentare del Fondo.

Cambiava il sistema di contribuzione al Fondo: il contributo obbligatorio annuo, dovuto da ciascun iscritto, era commisurato ai redditi libero-professionali denunciati dall’iscritto ai fini fiscali in misura corrispondente:

- al 12,50% fino ad un determinato *plafond* reddituale;
- all’1% sul reddito eventualmente eccedente detto limite.

In ogni caso gli iscritti erano tenuti a versare un contributo minimo obbligato-

rio, variabile per fasce di età dell’iscritto.

Conseguentemente cambiava anche il regime delle prestazioni spettanti:

- in relazione ai contributi minimi obbligatori il Fondo continuava a riconoscere importi di pensione in misura fissa (Quota “A” di pensione);
- in relazione, invece, ai contributi proporzionali ed ai contributi versati volontariamente, il Fondo riconosceva un trattamento ordinario di pensione (Quota “B”) pari, per ogni anno di contribuzione effettiva o volontaria, all’1,75% dei redditi professionali corrispondenti ai detti contributi. Nella formula di calcolo non si teneva conto dei redditi convenzionalmente riferiti alla contribuzione minima obbligatoria, che, per quanto si è detto, dava luogo alla Quota “A” di pensione.

Per il resto l’algoritmo di calcolo del trattamento per Quota “B” di pensione era molto simile a quello delineato dal Regolamento 1983 per i medici di medicina generale:

Contributi	x	100	x	Istat	:	Anni di contribuzione	=	Retribuzione media annua rivalutata dell’intero rapporto
Aliquota contributiva								
Retribuzione assoggettata a contribuzione eccedente il reddito riferibile alla contribuzione minima								
Retribuzione media annua rivalutata dell’intero rapporto	x		Anni di contribuzione	x		Aliquota di pensione	=	Pensione annua

Su quell'impianto regolamentare del 1990 - *mutatis mutandis* - poggia sostanzialmente anche il vigente Regolamento del "Fondo di previdenza generale".

FONDO DI PREVIDENZA GENERALE: FUNZIONA E VA AVANTI BENE

In conseguenza delle sopravvenute modifiche regolamentari (ma anche di tanti altri eventi che qui non si possono enumerare) il "Fondo di previdenza generale" fa ora registrare, nel confronto con gli altri Fondi gestiti dall'Enpam, una *performance* decisamente più favorevole.

Si dipanava attraverso queste vicende il progetto dell'Enpam di sviluppare un sistema di solidarietà di categoria comunque necessariamente tenuto a confrontarsi con i nuovi dettami della Costituzione repubblicana, la cui attuazione era, a sua volta, un processo in continuo divenire. Di questo processo di costante riallineamento del sistema previdenziale dell'Enpam all'evoluzione del diritto previdenziale nell'ordinamento generale costituiscono testimonianza le numerose e significative novità normative che hanno segnato l'evoluzione del diritto previdenziale particolarmente fra la seconda metà degli anni '80 e per tutto il periodo degli anni '90.

Sia per l'esigenza di ottem-

perare a dettami di legge che per analoga necessità di conformare la normativa regolamentare dell'Ente a talune decisioni della Corte Costituzionale (la quale in quegli anni ha esercitato una straordinaria attività di ricognizione in senso espansivo dei diritti previdenziali), nell'ordinamento dell'Enpam:

- è stato riconosciuto il diritto a pensione del coniuge superstite del medico in ipotesi che il matrimonio fosse stato contratto dopo il pensionamento, a prescindere dalla durata del matrimonio stesso o che dal matrimonio fosse nata prole (Corte Cost. Sent. n. 110 del 2/04/1999; n. 1 del 22/01/1992; n. 399 del 31/10/1991; n. 189 del 02/05/1991; n. 123 del 16/03/1990; n. 15 del 15/02/1980; n. 2 del 23/01/1980; n. 273 del 29/12/1976; n. 3 del 16/01/1975);
- è stato riconosciuto, alle condizioni di legge, il diritto a pensione di reversibilità dell'ex coniuge divorziato o separato, da solo o in concorrenza con il coniuge superstite o con altri ex coniugi (L. 6 marzo 1987, n. 74 - *Nuove norme sulla disciplina dei casi di scioglimento di matrimonio*);
- è stata data applicazione alla legge che ha imposto alla Casse di previdenza per i liberi professionisti di adeguare le pensioni d'importo più

basso al trattamento minimo di pensione erogato dal Fondo pensioni lavoratori dipendenti gestito dall'Inps (L. 29 dicembre 1988, n. 544, di *Elevazione dei livelli dei trattamenti sociali e miglioramenti delle pensioni*, e ss. leggi di modifica ed integrazione dell'istituto);

- l'Ente riconosce la maggiorazione di pensione dovuta agli ex combattenti ed ai loro superstiti aventi diritto a pensione, per quanto disposto dall'art. 6 della L. 15/04/1985 n. 140 e dall'art. 6 della L. 29/12/1988, n. 544;
- dal 1° luglio 1989, in base alla legge 29 dicembre 1988, n. 544, titulata "*Elevazione dei livelli dei trattamenti sociali e miglioramenti delle pensioni*", l'Enpam adegua le pensioni d'importo più basso al trattamento minimo erogato dal Fondo pensioni lavoratori dipendenti gestito dall'Inps;
- l'Ente ha dato attuazione alla legge 5 marzo 1990 n. 45, recante *norme per la ricongiunzione dei periodi assicurativi ai fini previdenziali per i liberi professionisti*, che consente di ricongiungere presso un'unica gestione previdenziale i periodi di contribuzione costituitisi, nel corso dell'intero arco di tempo lavorativo, in varie gestioni previdenziali, *ai fini del diritto e della misura di un'unica pensione* presso l'Ente destinatario delle posizioni contributive ricongiunte;
- a decorrere dal 1° gennaio 1991 la Fondazione Enpam corrisponde alle proprie iscritte delle provvidenze di natura economica in caso di maternità, adozione od aborto, secondo le disposizioni dettate in materia dalla legge 11 dicembre 1990, n. 379, titulata *Indennità di maternità per le libere professioniste*, prima, ed ora da un corpo di norme (Capo XII) del D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 - Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53;
- in una fase storica di generale contenimento delle aspettative previdenziali l'Ente ha dato applicazione alla legge 8 agosto 1995, n. 335 di *Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare*, recependo nel proprio ordinamento più restrittivi criteri di accesso al pensionamento in conformità ai criteri consentiti dalla citata legge n. 335/1995;
- con sentenza del 12 maggio 1999 n. 180 la Corte Costituzionale dichiarò l'illegittimità costituzionale della normativa che disciplina il diritto a pensione dei superstiti, nella parte in cui non include tra i soggetti aventi diritto alla pensione di reversibilità anche i minori dei quali risulti provata la vivenza a carico degli nonni. Il principio - benché formalmente affermato solo con riferimento ad una normativa dell'Inps - si è

imposto agevolmente in tutti gli altri regimi pensionistici obbligatori, ivi compreso quello dell'Enpam;

- in base ad alcune disposizioni della Legge Finanziaria per il 2001, a decorrere dall'anno 2001, l'Enpam riconosce a favore dei pensionati che fruiscono di un trattamento complessivamente non superiore al trattamento minimo annuo del FPLD-Inps, un importo aggiuntivo di pensione pari (nel massimo) ad euro 154,94 annuali;
- la legge 3 agosto 2004 n. 206 ha stabilito alcune agevolazioni e benefici assistenziali, previdenziali e fiscali in favore di tutti gli italiani vittime degli atti terroristici e delle stragi di tale matrice, compiuti sul territorio nazionale o extranazionale, nonché in favore dei loro familiari superstiti;
- l'Ente dovrà dare applicazione alla D. Lgs. 2 febbraio 2006, n. 42, recante *Disposizioni in materia di totalizzazione dei periodi assicurativi*. A differenza dell'istituto della "ricongiunzione", con il quale tuttavia condivide la finalità, la "totalizzazione" mira a favorire il diritto al conseguimento di un'unica pensione mediante un diverso meccanismo di valutazione dei periodi assicurativi non coincidenti vantati dal lavoratore presso diverse gestioni previdenziali, ossia consentendo un sistema di cumulo delle quote di pensione liquidate, pro-rata, dalle singole gestioni previdenziali interessate;
- l'Ente si accinge ad istituire forme di previdenza complementare, in attuazione di una potestà conferita dal D. Lgs. 23 agosto 2004, n. 243, recante *Norme in materia pensionistica e deleghe al Governo nel settore della previdenza pubblica, per il sostegno alla previdenza complementare e all'occupazione stabile e per il riordino degli enti di previdenza ed assistenza obbligatoria*.

LE RISERVE TECNICHE DEI FONDI ENPAM

Sarebbe utile, ora, considerare come si sono incrementate le "riserve tecniche" dei Fondi di previdenza gestiti dall'Enpam (figura in basso):

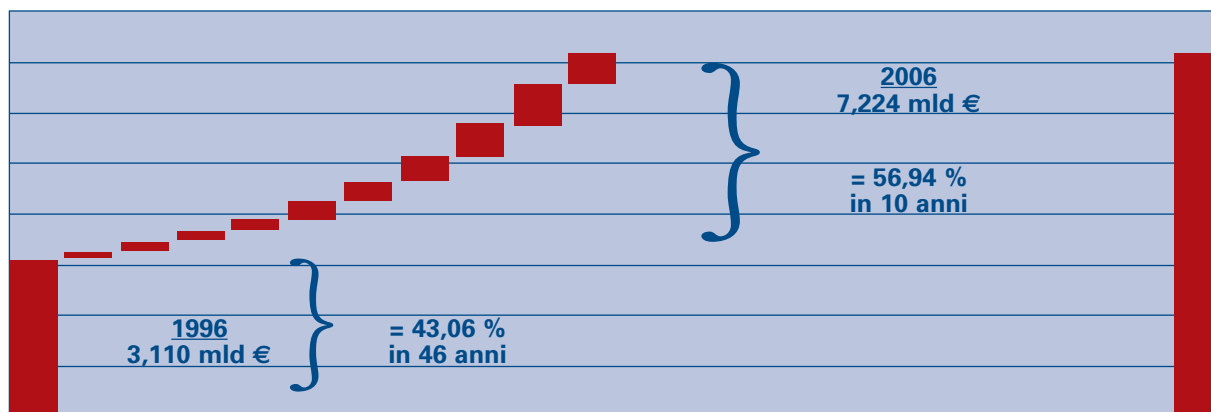
1. quelle costituite tra il 1950 ed il 1996 (cioè in un arco temporale di 46 anni) erano pari a 3,110 miliardi di euro;
2. nei 10 anni successivi, ossia al termine del 2006, sono diventate di 7,224 miliardi di euro, facendo registrare - già soltanto in quest'ultimo periodo gestionale - un incremento del 56,94 %.

ASSISTENZA IN CASO DI RICOVERO DEGLI ISCRITTI E DEI LORO FAMILIARI

Per quanto si è già detto, a decorrere dal 1° gennaio 1958 l'attività dell'Ente - originariamente concepita come attività assistenziale - fu partitamente riconfigu-

rata come attività di previdenza e di assistenza da un nuovo Statuto, approvato con DPR 2 settembre 1958 n. 931. Nel 1963, col proposito di ampliare anche i servizi "assistenziali" offerti alla generalità degli iscritti, l'Ente provvide ad istituire e regolamentare un Fondo per l'"assistenza in caso di ricovero ospedaliero degli iscritti e dei loro familiari" per parto, cure mediche, interventi chirurgici ed accertamenti diagnostici che non si potessero praticare al domicilio del malato od in ambulatorio. L'introduzione dell'istituto fu preceduta da ampio dibattito. Infatti molti ritenevano allora che "un'assicurazione malattia a favore dei medici [fosse] del tutto superflua in quanto, nel fatto, essi già sono coperti contro tale rischio dal vivo senso di collegialità che ispira i medici nei rapporti fra di loro, per cui il medico infermo può contare sull'assistenza gratuita da parte dei propri col-

Incremento delle riserve tecniche del periodo 1997-2006



leggi: l'istituzione di un sistema assicurativo potrebbe essere inteso come una constatazione della scarsa efficienza di questa solidarietà.

Mi pare però che contro tale tesi si debba osservare che l'infermità dà luogo a delle conseguenze economiche sia dirette (rette di degenza ospedaliera, compensi per prestazioni extra professionali, ecc.) che indirette (sospensione dell'attività professionale e, quindi, cessazione del reddito) contro le quali il medico non è affatto tutelato dall'aiuto dei colleghi.”.

Sono le parole pronunciate dall'allora presidente dell'Enpam, prof. Andrea Benagiano, nel 1961 al termine di un dibattito che si sarebbe concluso solo di lì a due anni.

Con delibera del C.D. del 17 novembre 1962, approvata con DM 29/03/1963, fu dunque istituita questa nuova forma di solidarietà fra gli iscritti.

In base all'impianto normativo del nuovo istituto:

- erano tenuti ad iscrizione e contribuzione obbligatorie al “Fondo assicurazione malattia” tutti i medici iscritti al “Fondo di previdenza generale” e tutti i medici pensionati dall'Ente, con esclusione - ma solo su domanda - degli iscritti e pensionati che dimostrassero di fruire di altro trattamento assicurativo ob-

bligatorio contro le malattie; era invece facoltativa l'iscrizione al fondo assicurazione malattia per il coniuge ed i figli a carico del medico iscritto alla assicurazione medesima, per i familiari superstiti di medico, per i genitori conviventi e ad effettivo carico del medico iscritto;

- a fronte di un contributo annuo di L. 4.800 dovuto da ciascun iscritto, l'Ente assumeva a proprio carico le spese di degenza, per cure mediche, interventi chirurgici ed accertamenti diagnostici eseguiti in regime di ricovero presso ospedali o case private di cura appositamente convenzionate con l'Enpam. In sostituzione l'iscritto avrebbe potuto optare per la concessione di un assegno giornaliero. L'iscritto aveva altresì facoltà di ricoverarsi in istituti di cura non convenzionati; in tal caso, ferma restando l'opzione fra assegno giornaliero e rimborso spese, quest'ultimo sarebbe stato riconosciuto entro gli stessi limiti di spettanza per il ricovero presso istituti convenzionati operanti nel circondario. L'assistenza ospedaliera era assicurata per un periodo massimo di 180 giorni, continuativi o complessivi, nell'anno solare;
- erano esclusi dall'assi-

curazione gli interventi per talune malattie, per le patologie dolosamente procurate, per quelle causate da abuso di alcolici e sostanze stupefacenti, in ogni caso quando l'evento fosse protetto da altra assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (delibera del C.D. del 17 novembre 1962, approvata con DM 29/03/1963).

Con DM 5/02/1973, di approvazione di delibera assunta dal C.D. nella riunione del 13/11/1971, vennero meglio delimitate le condizioni che autorizzavano l'intervento assistenziale dell'Ente.

L'assicurazione di malattia era organizzata come fondo a gestione autonoma, ma questo non impediva di considerarla attività accedente a quella del “Fondo di previdenza generale”, perché:

- si dirigeva potenzialmente all'intera classe degli iscritti del “Fondo di previdenza generale”, contribuenti e pensionati;
- l'iscrizione e la contribuzione, obbligatorie all'assicurazione di malattia, implicavano l'esercizio degli stessi poteri impositivi che venivano in gioco per l'iscrizione al “Fondo generale”.

L'esperienza del “Fondo assicurazione di malattia” cessò - per ovvi motivi - con i provvedimenti di legge che determinarono l'estinzione delle casse mutue di malattia e l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, che a quel tempo garantiva tutela sanitaria universale e globale.

La gestione liquidatoria del Fondo, iniziata con un provvedimento del Capo dello Stato che lo indicava fra i servizi di assistenza sanitaria prestati da Enti di previdenza sociale per liberi professionisti che andavano soppressi in concomitanza con l'avvio della riforma sanitaria (DPR 29/04/1977), si è conclusa solo nel 2001, con DM del ministero dell'Economia e delle Finanze in data 22 novembre 2001 che ha accertato un avanzo finale di liquidazione di euro 30.823,60.

MUTUO INDICIZZATO PER L'ACQUISTO DELLA CASA

La stampa d'epoca attesta la presenza di un vivo senso della solidarietà di categoria fra i medici, ed in quegli stessi anni i presidenti degli Ordini si fecero portavoce dell'istanza di *“studiare la possibilità della istituzione di una nuova forma di provvidenza assistenziale mediante la concessione agli iscritti, o a cooperative di iscritti, di mutui solidamente garantiti per il soddisfacimento delle esigenze relative alla casa ed alla attrezzatura professionale, in mo-*

do da raggiungere il duplice scopo di fornire un tangibile aiuto al medico nel momento più difficile dell'affermazione professionale [...]".

Partendo dalla norma statutaria che stabiliva la possibilità per l'Ente di impiegare i propri accantonamenti anche in mutui ipotecari (art. 24, Statuto 1959), si delineò un programma - poeticamente definito "*una casa ad ogni medico*" - che guardava all'Enpam come finanziatore istituzionale del progetto.

Ben presto si prospettarono anche i possibili rischi connessi ad una tale decisione:

- l'esigenza solidaristica di stabilire un basso tasso di interesse confliggeva con l'altro obbligo statutario di ricavare dagli investimenti la massima redditività conseguibile da un'attività che si qualificava pur sempre come una "forma di investimento";
- trattandosi di mutui a lunga scadenza, aumentavano i rischi di morosità del debitore e pur quello di sua definitiva incapacità a far fronte agli impegni assunti. Inizialmente queste problematiche furono però risolte positivamente per gli iscritti e l'Ente diede quindi seguito al progetto.

Il 18 gennaio 1964 il Comitato Direttivo, avuto presente l'opportunità di venire incontro a numerose richieste di mutuo per l'acquisto e la costruzione di case di abitazione presentate dai medici e considerata la necessità di assicurare una congrua garanzia di redditività e di copertura contro i rischi monetari, deliberò l'istituzione di una forma di mutuo cosiddetto "indicizzato", da porre a disposizione degli iscritti. Al finanziamento dell'iniziativa fu assegnata per gli esercizi 1961, 1962, 1963 una modesta quota (10-15%) dei fondi destinata a copertura tecnica delle future prestazioni, e comunque si trattava di un importo pari ad 1,8 miliardi delle vecchie lire del 1964. Detto in breve, quei mutui venivano allora concessi alle seguenti condizioni:

Tasso di interesse: 5% annuo

Durata massima della rateizzazione: 20 anni

Importo massimo concedibile:
75 % del valore dell'immobile

Spese di stipula, una tantum:
0,60% dell'importo mutuato +
imposte, tasse e spese notarili

Nel 1970, ferma restando la convenienza dei mutui Enpam per gli iscritti, si cominciarono a sollevare dei dubbi - invece - circa la loro redditività per l'Ente stesso. Conseguentemente fu disposto il blocco delle condizio-

ni in vigore con riferimento alle domande presentate entro il 19 luglio 1970, mentre le domande di mutuo presentate successivamente sarebbero state soddisfatte alle condizioni definite da un'apposita Commissione di studio.

In seguito, però, la crisi economica degli anni '70 e lo sfrenato ritmo di crescita della svalutazione registrato in quegli anni ribaltarono completamente la situazione, nel senso che il meccanismo di indicizzazione dei mutui rendeva sempre più oneroso l'impegno dei mutuatari. La sperimentazione di questa forma di solidarietà fra gli iscritti ebbe dunque termine con la decisione dell'Ente di non concedere ulteriori mutui ai medici, a decorrere dal 31 dicembre 1975.

È sopravvissuta comunque l'originaria istanza degli iscritti, che l'Ente ha recentemente (2004) cercato di soddisfare procurando di promuovere delle convenzioni per la concessione agevolata di mutui ipotecari con tre primari istituti bancari: la Banca Nazionale del Lavoro, il Monte dei Paschi di Siena e la Banca San Paolo-IMI.

ASSISTENZA DI CONTENUTO ECONOMICO

Venute meno quelle due prime sperimentazioni di forme assistenziali più significative, col tempo la funzione assistenziale del-

l'Enpam si era ridotta ad attività sminuita di significato rispetto a quella più propriamente previdenziale, e solo con provvedimenti più recenti (assunti tra il 2001 ed il 2006) è stata significativamente rivalutata.

Il Fondo di previdenza generale eroga in favore degli iscritti o dei loro superstiti pensionati, prestazioni assistenziali di contenuto economico, anche a carattere continuativo. La misura delle prestazioni assistenziali e le modalità di erogazione sono stabilite da apposite norme deliberate dai competenti Organi statutari.

La materia - che già nel 2001 fu fatta oggetto di rivisitazione normativa, con effetti dal 1° febbraio 2007 - è disciplinata da due nuovi provvedimenti, entrambi approvati con delibera del CdA del 26 gennaio 2007:

- il Regolamento delle prestazioni assistenziali del Fondo di previdenza generale;
- il Regolamento delle prestazioni assistenziali aggiuntive del Fondo della libera professione "Quota B" del Fondo generale.

LE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI EROGATE DAL FONDO GENERALE "QUOTA A"

Il Regolamento prevede che l'Enpam possa riconoscere in favore degli iscritti e/o

dei loro familiari, le seguenti tipologie di sussidi:

- a) prestazioni assistenziali straordinarie agli iscritti ed ai superstiti;
- b) prestazioni assistenziali ad orfani;
- c) prestazioni assistenziali per l'ospitalità in case di riposo;
- d) contributi per l'assistenza domiciliare;
- e) prestazioni assistenziali per calamità naturali.

Inoltre il Regolamento mantiene - ma soltanto "fino ad esaurimento" - i sussidi continuativi a favore dei pensionati, delle vedove e degli orfani dei medici deceduti prima del 1° gennaio 1958, nonché le prestazioni assistenziali continuative già riconosciute a norma della delibera del CdA n. 46 del 24 giugno 1994 (Art. 7, Reg.). I trattamenti assistenziali vengono riconosciuti su domanda dell'interessato che dovrà essere corredata da idonea documentazione e trasmessi alla Fondazione Enpam per il tramite del competente Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Possibili beneficiari delle prestazioni assistenziali sono gli iscritti attivi ed i pensionati del Fondo di previdenza generale, ovvero i loro superstiti aventi diritto a pensione. Costituiscono requisiti di riconoscimento del diritto a trattamento la sussistenza di condizioni di bisogno ed, insieme, di disagio economico.

Ai fini del Regolamento in esame lo stato di disagio

economico è riconosciuto se il reddito complessivo imputabile dal nucleo familiare del richiedente non è superiore a 6 volte l'importo del trattamento minimo Inps nell'anno di presentazione della domanda di trattamento (euro 11.339,76, nel 2007); tale limite reddituale è aumentato di un 1/6 (euro 1.889,96, nel 2007) per ogni componente il nucleo familiare, escluso il richiedente. Ai fini della valutazione di detto requisito reddituale, si tiene conto di ogni e qualsiasi tipologia reddituale imputabile al nucleo familiare del richiedente.

Queste regole generali sono di volta in volta integrate o derogate da disposizioni particolari stabilite in relazione alle singole tipologie di sussidi richiesti; per la concessione di "Prestazioni assistenziali per calamità naturali" si prescinde assolutamente dalla considerazione dell'entità dei redditi personali posseduti dal richiedente.

PRESTAZIONI ASSISTENZIALI STRAORDINARIE

Le prestazioni straordinarie consistono in erogazioni concesse una tantum in relazione ad uno "stato di bisogno" conseguito a:

- spese per interventi chirurgici, anche se effettuati all'estero, e spese accessorie, purché non siano state rimborsate a qualsiasi altro titolo;
- oneri sostenuti per ma-



lattie che abbiano richiesto cure sanitarie o fisioterapiche non a carico del Ssn;

- spese di assistenza per anziani, malati non autosufficienti e portatori di handicap facenti parte del nucleo familiare;
- difficoltà contingenti del nucleo familiare, sopravvenute entro i dodici mesi successivi alla malattia o al decesso dell'iscritto;
- spese funerarie sostenute a seguito del decesso di un familiare convivente;
- spese straordinarie sostenute per eventi imprevisi.

Al fine di stabilire la sussistenza delle condizioni di disagio economico richieste dal Regolamento, il reddito imputabile al nucleo familiare superstite si calcola previa deduzione delle spese eventualmente sostenute in rapporto agli eventi che motivano la richiesta di trattamento.

Di norma, la misura della prestazione erogata non può essere superiore ad euro 7.000,00 indicizzati (valore base 2007).

In casi eccezionali, quando il richiedente sia chiamato a far fronte ad eventi di particolare gravità, il Comitato Esecutivo può disporre, con provvedimento motivato, un intervento economico in deroga sia al limite reddituale prefissato sia all'importo massimo erogabile.

Qualora il reddito complessivo imputabile al nucleo familiare del beneficiario della prestazione sia inferiore ad un determinato importo annuo indicizzato (euro 12.000,00 valore base 2007), possono essere erogate prestazioni assistenziali straordinarie per un importo annuo pari, nel massimo, ad euro 5.000,00 indicizzati (valore base 2007), in relazione allo stato di bisogno determinato anche da eventi diversi da quelli esplicitamente indicati dalla norma regolamentare. Le prestazioni assistenziali straordinarie possono essere concesse al sanitario e/o all'intero nucleo dei superstiti aventi diritto per non più di due volte in ogni anno solare.

BISOGNA AIUTARE GLI ORFANI

A favore degli orfani degli iscritti possono essere concessi contributi assistenziali a fini scolastici che possono consistere anche nel pagamento, totale o parziale, della retta di ammissione nei collegi-convitti o nei pensionati universitari dell'Opera nazionale per l'assistenza agli orfani dei sanitari italiani (Onaosi). Tali prestazioni sono erogate, tenendo conto dei limiti generali di reddito che misura lo stato di disagio economico, nonché in relazione al profitto scolastico. Sono esclusi i richiedenti che beneficino di analoghi sussidi erogati da altri Istituti.

Il numero e l'importo dei contributi assistenziali sono fissati annualmente dal Comitato Esecutivo, in relazione ai diversi gradi dei corsi di studio.

I contributi riconosciuti per finalità di studio sono cumulabili con tutte le altre prestazioni assistenziali erogate all'orfano o a componenti del suo nucleo familiare.

OSPITALITÀ NELLE CASE DI RIPOSO

Al pensionato ed al coniuge convivente possono essere erogati contributi assistenziali per il concorso nel pagamento della retta di soggiorno in casa di riposo. Analoga prestazione è prevista a favore del coniuge superstite ultrasessantacinquenne.

Ai fini dell'erogazione di questa tipologia di prestazione assistenziale il limite reddituale ordinario richiesto dal regolamento perché sia riconosciuta la sussistenza dello "stato di disagio economico" è ridotto della metà [euro 5.669,88 nel 2007; tale limite reddituale è aumentato di un 1/6 (euro 944,98 nel 2007) per ogni componente il nucleo familiare oltre il richiedente].

Il trattamento consiste in un contributo individuale riconosciuto per ogni giornata di effettiva presenza presso la casa di riposo, fissato nella misura giornaliera di euro 50,00 indicizzati (valore base 2007).

In ogni caso il sussidio riconosciuto non potrà risultare superiore al 75% della retta effettivamente pagata dal beneficiario di questa prestazione.

Il beneficiario della presente forma di assistenza non ha possibilità di essere ammesso a fruire altresì del sussidio per assistenza domiciliare.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Al pensionato, al coniuge convivente ovvero ai superstiti dell'iscritto aventi diritto a pensione che - a causa di particolari condizioni fisiche e/o psichiche - permanentemente non siano in grado di poter provvedere in modo autonomo ai propri bisogni, può essere concesso un contributo assistenziale quale concorso nel pagamento delle spese di assistenza domiciliare.

La condizione di "non autosufficienza" deve essere certificata dalla Commissione provinciale per l'invalidità assoluta e permanente istituita presso ciascun Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri ai sensi dell'articolo 21 del Regolamento del Fondo di previdenza generale, in vigore dal 1° gennaio 1998.

I superstiti dell'iscritto, con l'unica eccezione del coniuge, sono ammessi a trattamento alle seguenti ulteriori condizioni:

- a) che fruiscono di redditi personali annui d'im-

porto non superiore al trattamento minimo Inps;

- b) che abbiano età anagrafica non inferiore a 50 anni.

Il trattamento riconosciuto ai superstiti è decurtato di un importo corrispondente a quello da essi percepito in ragione di altre forme di assistenza in godimento.

Il contributo è fissato in misura di euro 500,00 mensili indicizzati (valore base 2007). L'erogazione decorre dal primo giorno successivo alla presentazione della domanda.

La fruizione di questa forma di assistenza esclude la possibilità di essere ammessi a fruire altresì delle prestazioni assistenziali per l'ospitalità in casa di riposo.

PRESTAZIONI PER CALAMITÀ NATURALI

Il Regolamento ammette ad erogare contributi assistenziali straordinari in favore di iscritti, pensionati e loro familiari superstiti aventi diritto a pensione, che risiedano in Comuni interessati da calamità naturali riconosciute con decreti del presidente del Consiglio dei Ministri, quando essi - in conseguenza di dette calamità - abbiano riportato danni a beni mobili ed immobili. In relazione ai danni riportati ad immobili rilevano solo quelli riportati da edifici che costituiscono "prima abitazione" ovvero siano stati adibiti a "studio professionale" del richiedente, sempreché questi sia titolare di un diritto di proprietà e di usufrutto su di essi. In caso di beni immobili in comproprietà le prestazioni previste saranno erogate in misura proporzionale alla quota di proprietà.

Questi trattamenti assistenziali consistono in una prestazione straordinaria pari, nel massimo, ad euro 15.000,00 annualmente indicizzati (valore base 2007), e in un concorso nel pagamento degli oneri per interessi su mutui edilizi a breve e medio termine contratti da iscritti o superstiti per l'acquisto, la ricostruzione o la riparazione della casa di abitazione ovvero - solo per l'iscritto - dello studio pro-

fessionale. Il contributo di concorso a questi oneri è riconosciuto nella misura del 75% degli oneri sostenuti dal richiedente, con un limite massimo di euro 8.000,00 annui indicizzati (valore base 2007) e per un periodo temporale non superiore a 5 anni. Il riconoscimento del trattamento è subordinato alla previa esibizione della ricevuta di pagamento di ciascuna rata di mutuo e di una dichiarazione sostitutiva di atto notorio dalla quale risulti che per esso non sia stato erogato nessun altro contributo.

Il concorso nel pagamento degli oneri per interessi su mutui ipotecari a breve o medio termine è ognora rapportato all'importo del danno effettivamente subito dall'immobile o al valore dell'immobile demolito o sgomberato come certificato dagli organi competenti e/o da perizia giurata. Detto concorso finanziario, se concesso per la ricostruzione dell'immobile o per l'acquisto di altro immobile sostitutivo, sarà riconosciuto soltanto nel caso che l'intero immobile sia andato distrutto ovvero sia stato dichiarato inagibile in modo totale e definitivo dalle competenti autorità.

Ciascun richiedente, ricorrendone i presupposti, può beneficiare di entrambi gli interventi straordinari di cui si è detto.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni assistenziali per calamità naturali, non si tiene conto del generale limite reddituale stabilito per l'erogazione di tutte le altre prestazioni assistenziali erogate in base al Regolamento in esame.

Gli interessati dovranno presentare le domande di prestazione relative a questi contributi entro e non oltre un anno dalla pubblicazione del decreto con il quale viene dichiarato il locale stato di emergenza. Ci sono poi i criteri e limiti della rivalutazione di redditi e trattamenti. Ai fini della rivalutazione annuale dei valori monetari indicati nel Regolamento rilevano gli indici Istat dei "prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" assunti al 100% del loro valore. La prima indicizzazione decorrerà dal 2008. Non sono soggetti ad alcuna forma di rivalutazione monetaria i sussidi e le prestazioni assistenziali continuative riconosciute in base a precedenti normative e temporaneamente mantenute sino a loro naturale esaurimento.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

E arriviamo alle prestazioni erogate dal Fondo della libera professione.

Beneficiari delle prestazioni assistenziali aggiuntive dal Fondo della libera professione sono esclusivamente gli "iscritti attivi" ed i pensionati del Fondo della libera

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

"LA SAPIENZA"

FACOLTÀ DI SOCIOLOGIA

CORSO DI LAUREA IN SOCIOLOGIA

IL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO
NEL PROCESSO DI PRIVATIZZAZIONE
DEGLI ENTI PUBBLICI: LE RISORSE UMANE
NELLA FONDAZIONE E.N.P.A.M.

Laureanda: Arianna Cantiani

Relatore: Prof. Mario D'Ambrosio

Correlatore: Prof.ssa Lia Migale

ANNO ACCADEMICO 2005-2006

Una tesi di laurea sull'Enpam.
Autrice una nostra giovane
impiegata, Arianna Cantiani, che si
è laureata in Sociologia
all'Università "La Sapienza" di Roma

professione - "Quota B" del Fondo generale, nonché i loro superstiti.

Ai fini del diritto di accesso a dette tipologie di prestazioni, per "iscritti attivi" si intendono i medici e gli odontoiatri che abbiano contribuito alla gestione per almeno un anno nel triennio anteriore alla presentazione della domanda.

Il Regolamento prevede che l'Enpam possa riconoscere in favore degli iscritti e/o dei loro familiari, le seguenti tipologie di sussidi:

- a) prestazioni assistenziali per invalidità temporanea;
- b) prestazioni assistenziali straordinarie per i casi di invalidità e premorienza;
- c) sussidi assistenziali continuativi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare;
- d) interventi aggiuntivi per calamità naturali;
- e) prestazioni assistenziali per calamità naturali.

Costituiscono requisiti di riconoscimento del diritto a trattamento la sussistenza di condizioni di bisogno ed, insieme, di disagio economico.

Ai fini del Regolamento in esame lo stato di disagio economico è riconosciuto se il reddito complessivo imputabile dal nucleo familiare del richiedente non è superiore a 6 volte l'importo del trattamento minimo Inps nell'anno di presentazione della domanda di trattamento (euro 11.339,76, nel 2007); tale limite reddituale è aumentato di un 1/6 (euro 1.889,96, nel 2007) per ogni componente il nucleo familiare, escluso il richiedente. Ai fini della valutazione di detto requisito reddituale, si tiene conto di ogni e qualsiasi tipologia reddituale imputabile al nucleo familiare del richiedente. Queste regole generali sono di volta in volta integrate o derogate da disposizioni particolari stabilite in relazione alle singole tipologie di sussidi richiesti; per la concessione di *"Prestazioni assistenziali per calamità naturali"* si prescinde assolutamente dalla considerazione dell'entità dei redditi personali posseduti dal richiedente.

Invalidità temporanea

A favore dell'iscritto attivo che sia colpito da infortunio o malattia, i quali - prima dell'età pensionabile - determinino la temporanea e totale inabilità all'esercizio dell'attività professionale, con conseguente sospensione dell'attività stessa, possono essere concesse prestazioni assistenziali alle condizioni e nelle misure di seguito precisate.

Ai fini della concessione delle prestazioni per invalidità temporanea il requisito del reddito complessivo imputabile al nucleo familiare è calcolato anche deducen-

do le spese documentate riferibili alla patologia od all'infortunio inabilitanti sostenute successivamente.

Le prestazioni per invalidità temporanea sono riconosciute dopo un periodo di carenza di 60 giorni e non possono essere accordate per un periodo continuativo superiore a 24 mesi, né per periodi frazionati eccedenti i 24 mesi nell'arco degli ultimi 36 mesi. Le prestazioni di cui al presente articolo non sono cumulabili con il trattamento di invalidità assoluta e permanente previsto dagli artt. 20 e seguenti del Regolamento del Fondo di previdenza generale, né con l'indennità di maternità corrisposta ai sensi degli artt. 70 e seguenti del D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151.

L'importo della prestazione è stabilito in euro 2.100,00 mensili indicizzati (valore base 2007), corrispondenti ad 70 giornali per le frazioni di mese. La prestazione è riconosciuta su domanda da inviare, corredata da idonea documentazione, per il tramite dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, di norma non prima di 90 giorni dall'insorgenza dell'evento e, comunque, non oltre 30 giorni dalla cessazione dello stato di inabilità.

In caso di infortunio o malattia che comportino inabilità temporanea assoluta all'esercizio professionale per una durata prevedibilmente superiore a sei

mesi, l'iscritto deve presentare la domanda entro 180 giorni dall'insorgere della malattia o dal verificarsi dell'infortunio, per consentire all'Ente di effettuare i necessari accertamenti per il tramite del competente Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, a norma dell'articolo 8 del Regolamento del Fondo di previdenza generale. La comunicazione può essere effettuata anche oltre il predetto termine nel caso in cui, all'atto della segnalazione medesima, persista lo stato di inabilità temporanea assoluta all'esercizio dell'attività professionale.

L'Ente può disporre un ulteriore controllo, a cura della Commissione medica provinciale, tra il dodicesimo ed il quindicesimo mese dall'insorgere dell'evento per accertare la permanenza dello stato di invalidità. Nel caso in cui il professionista non risulti più inabile in modo assoluto all'esercizio dell'attività professionale o risulti che lo stesso abbia ripreso tale attività, le prestazioni vengono revocate e si adottano gli opportuni provvedimenti per il recupero delle somme indebitamente percepite, comprensive di interessi calcolati al tasso legale.

Prestazioni assistenziali straordinarie

I pensionati del Fondo della libera professione che

siano titolari del trattamento per invalidità assoluta e permanente a mente dell'art. 20 del Regolamento del Fondo, possono chiedere una prestazione assistenziale straordinaria di importo annuo non superiore ad euro 4.000,00 indicizzati (valore base anno 2007). Il trattamento è erogato su domanda, da inviare all'Enpam - corredata della documentazione delle spese sostenute - per il tramite del competente Ordine dei medici.

Sussidi assistenziali continuativi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare

Ai pensionati del Fondo della libera professione, al coniuge convivente ovvero al coniuge superstite, che percepiscano i sussidi per l'assistenza domiciliare, previsti dal Regolamento delle prestazioni assistenziali del Fondo di previdenza generale, può essere concessa, su domanda motivata, una maggiorazione di detto sussidio, pari al 50% dell'importo previsto.

Interventi aggiuntivi per calamità naturali

In favore degli iscritti, dei pensionati e dei loro superstiti, residenti in comuni interessati da calamità naturali riconosciute con decreti del presidente del Consiglio dei Ministri, i quali abbiano riportato

danni a beni mobili ed immobili in conseguenza delle calamità medesime, possono essere erogati contributi aggiuntivi a quelli disposti in via generale con delibera del Consiglio di Amministrazione dell'Ente.

Alle medesime condizioni per cui l'Ente riconosce le "prestazioni assistenziali per calamità naturali" previste dal Regolamento delle prestazioni assistenziali del Fondo di previdenza generale, agli iscritti al Fondo della libera professione possono essere riconosciuti contributi aggiuntivi consistenti in una prestazione straordinaria "una tantum" per un importo pari, nel massimo, al 30% del limite fissato in via generale con delibera del Consiglio di Amministrazione.

Le relative domande debbono essere presentate dagli interessati entro e non oltre un anno dal decreto che ha dichiarato lo stato di emergenza.

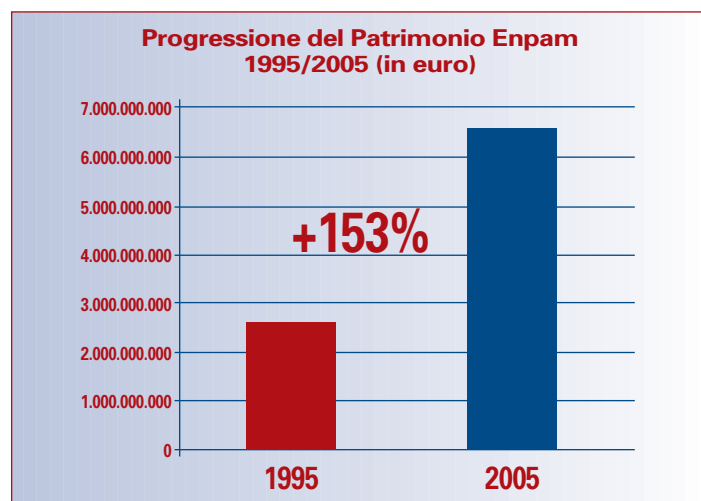
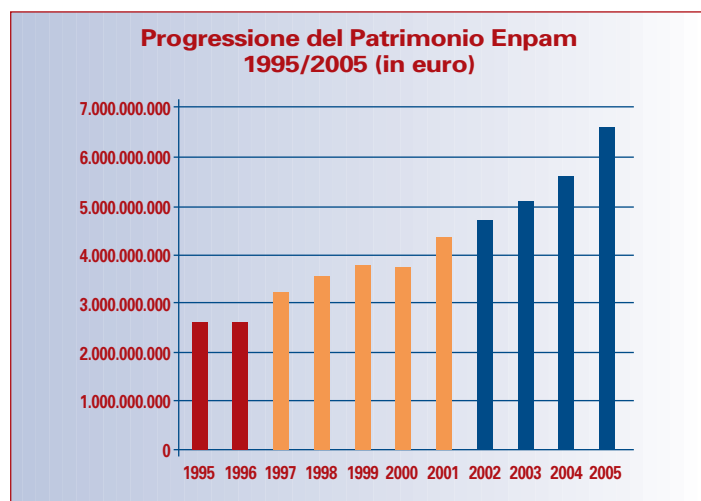
Criteri e limiti della rivalutazione di redditi e trattamenti

Ai fini della rivalutazione annuale dei valori monetari indicati nel Regolamento per l'assistenza rilevano gli indici Istat dei "prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati", che saranno assunti al 100% del loro valore. La prima indicizzazione decorrerà dal 2008.



Patrimonio della Fondazione

È buona norma, oggi in piena modernità, fornire dati e non parole. I Dipartimenti dell'Enpam, con la consueta celerità e precisione, forniscono i dati che di seguito riportiamo. Valgono più di qualsiasi commento.



**equilibrio tra
patrimonio mobiliare ed
immobiliare**

**valore complessivo del
patrimonio immobiliare:
2.795 milioni di euro**

Nel 1997 il patrimonio da reddito dell'Enpam era composto per il 90 per cento da immobili e per il 10 per cento da attività mobiliari. Queste ultime erano costituite da disponibilità liquide e, in misura residuale, da mutui e titoli di Stato. Nel 1998 l'Ente inizia una vera e propria attività di investimento in titoli. Una parte del patrimonio viene affidata a quattro gestori di primaria rilevanza, i quali vengono incaricati di gestire il capitale effettuando attività di compravendita di titoli per conto dell'Ente.

1998 - 2005 - Il patrimonio mobiliare si sviluppa e si diversifica

Al 31 dicembre 1998 il peso delle attività mobiliari, sul patrimonio dell'Ente passa a 15,49 per cento per un totale di 549.404.915 euro. Dal 1998 in poi, le attività mobiliari continuano a crescere e ad evolversi, fornendo un sostanziale contributo alla stabilizzazione del livello di rischio del portafoglio complessivo e con un rilevante incremento del relativo rendimento.

Nel 2006 il patrimonio mobiliare assomma, complessivamente, a 3.437 milioni di euro

Sono cifre importanti che dimostrano la buona salute dell'Ente. Però dobbiamo stare in guardia. Come sostiene il presidente, prof. Eolo Parodi, ci sono troppi "rapaci" che vorrebbero allungare becco e artigli sul patrimonio degli Enti privatizzati; soprattutto su quelli che hanno bilanci in attivo.

E allora vigilanza continua, ricordando a noi stessi ed ai medici iscritti che le porte dell'Enpam, grazie alla nuova gestione, sono state, sono e saranno sempre aperte a tutti i colleghi. Soprattutto quelle della nuova sede!

14 LUGLIO 1937

Con Regio Decreto vengono giuridicamente riconosciute le Casse nazionali di assistenza tra le quali è annoverata quella dei medici. Si tratta del primo passo nella cronologia della storia dell'Enpam che diverrà Ente di diritto pubblico nel 1950 e Fondazione nel 1995.

10 LUGLIO 1943

Divisioni delle forze armate britanniche, statunitensi e canadesi sbarcano in Sicilia. Le operazioni sono dirette dal generale britannico Bernard Montgomery. Poco più di un mese dopo, il 3 settembre, l'Italia chiederà l'armistizio che viene accettato.



Bernard Montgomery

16 LUGLIO 1950

Finale del campionato del mondo di calcio tutta sudamericana. A Rio de Janeiro i verde-oro giocano contro il temuto Uruguay. Nonostante il "fattore campo" a favore, sarà proprio l'Uruguay ad alzare la coppa al cielo battendo il Brasile per 2 a 1.

Luglio e le sue storie

*Nessuno ama l'uomo
che porta cattive notizie.*

Sofocle, Antigone

Eisenhower



18 LUGLIO 1955

Nella storia dei summit tra Stati Uniti e Unione Sovietica, va ricordato l'incontro tra Eisenhower e Kruscev che si svolse a Ginevra. Quell'appuntamento mirava a far sì che le due super-

potenze instaurassero di nuovo adeguati rapporti diplomatici. La nuova stagione che ne seguì aprì il mondo alla fase del così detto "disgelo".

10 LUGLIO 1976

Da un complesso chimico presente a Seveso, vicino Milano, si sprigiona una nube tossica: contiene diossina e provoca, oltre agli effetti devastanti sulle persone con un gran numero di aborti spontanei, un vero e proprio disastro ecologico.

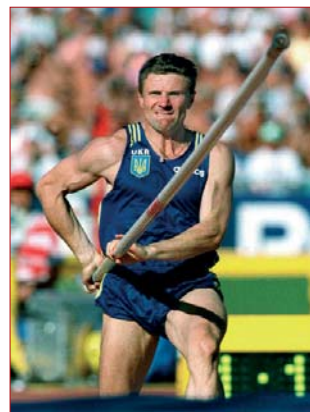


26 LUGLIO 1953

La guerra di Corea ha fine con la firma dell'armistizio. In realtà, dopo trattative protrattesi per anni, la Corea si trovò di nuovo ad essere divisa in due: linea di confine tra il sud e il nord del Paese rimase il famoso 38° parallelo.

13 LUGLIO 1985

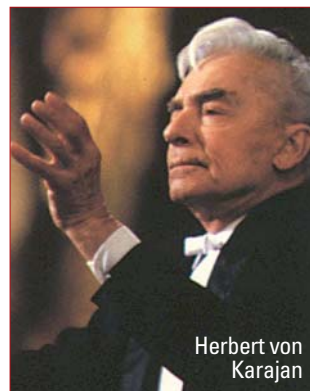
Record del mondo nel salto in alto: Sergej Bubka supera i sei metri nel corso di una competizione che si svolge a Parigi.



Sergej Bubka

16 LUGLIO 1989

In Austria, nei pressi di Salisburgo, muore il grande direttore d'orchestra Herbert von Karajan.



Herbert von Karajan



Francobollo commemorativo dei due successi mondiali dell'Uruguay, emesso dalle poste della Mongolia in occasione dei mondiali di USA '94.

Redditi professionali dell'anno 2006

In partenza i modelli D 2007 disponibili anche sul sito www.enpam.it, presso la sede della Fondazione o presso l'Ordine dei medici di appartenenza. Il termine per comunicare quanto ricavato nell'esercizio della professione medica e odontoiatrica è il 31 luglio

di **Vittorio Pulci (*)**

I professionisti iscritti all'Enpam, come è noto, sono tenuti a comunicare entro il prossimo 31 luglio il reddito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2006. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando i modelli D 2007 recapitati al domicilio degli iscritti nelle prime settimane del mese di giugno. Tali modelli (oltre 335mila) sono stati personalizzati in base alla posizione contributiva del singolo iscritto presso il Fondo della Libera professione – Quota B del Fondo Generale:

- iscritto attivo con contribuzione intera (modello D_CO);
- iscritto attivo con contribuzione ridotta (modello D_CR);
- iscritto attivo che ha optato irrevocabilmente per la

contribuzione intera (modello D_IR);

- iscritto che ha compiuto il 65° anno di età nel corso dell'anno 2006 (modello D_65);

- iscritto di età superiore ai 65 anni (pensionato del Fondo generale "Quota A") che non ha optato per l'esonero contributivo (modello D_P). È opportuno sottolineare che la mancata ricezione del modello D – come recentemente ribadito dal Consiglio di Amministrazione dell'Enpam – non esonera l'iscritto dall'obbligo di presentazione della dichiarazione reddituale entro il termine sopra indicato.

L'invio del modulo personalizzato, infatti, ha la sola funzione di agevolare i professionisti nell'adempimento di un obbligo dichiarativo al quale essi possono ottemperare utilizzando anche strumenti alternativi. Coloro che non sono venuti in possesso del proprio modello o che

lo hanno smarrito possono, difatti, reperire il modello D 2007 non personalizzato sul sito Internet della Fondazione, www.enpam.it, presso la sede dell'Enpam in Roma, via Torino n. 98 (II piano), o presso l'Ordine dei Medici di appartenenza.

La dichiarazione dei redditi soggetti a contribuzione presso la "Quota B", infine, può essere effettuata in via telematica, sempre entro il suddetto termine, previa registrazione presso l'Area riservata del sito Internet della Fondazione. L'accesso all'Area riservata consente, inoltre, di usufruire di ulteriori servizi online personalizzati, quali, ad esempio:

- la visualizzazione dei versamenti effettuati a titolo di contributi previdenziali obbligatori o di riscatto;
- l'accesso ai dati relativi alla pensione in godimento;
- la stampa di certificazioni ai fini fiscali (CUD);
- la visualizzazione dei dati relativi alla polizza sanitaria in convenzione;
- la carta di credito Fondazione Enpam, emessa dalla Banca Popolare di Sondrio;
- la stampa di duplicati di bollettini Mav smarriti o non pervenuti.

Si ricorda che il reddito assoggettato a contribuzione presso la "Quota B" del Fondo Generale, da indicare nel

CONTRIBUTO PROPORZIONALE RIDOTTO

La richiesta di contribuzione ridotta alla "Quota B" del Fondo generale può essere presentata entro il 31 luglio 2007 dagli iscritti dotati di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di un trattamento pensionistico derivante da contribuzione previdenziale obbligatoria.

Qualora l'istanza venga presentata oltre tale termine, essa si intenderà riferita agli eventuali redditi professionali prodotti nell'anno 2007, i cui contributi saranno versati con l'aliquota del 2% nell'anno 2008; al contrario, il contributo relativo ai redditi prodotti nell'anno 2006 verrà calcolato nell'anno in corso in misura intera. Coloro che negli anni precedenti hanno regolarmente prodotto la predetta domanda non devono ripeterla.

In caso di perdita del diritto alla contribuzione ridotta, va indicata nell'apposita dichiarazione presente nel modello D la data in cui sono venute meno le relative condizioni di accesso. L'iscritto decaduto dal diritto alla contribuzione ridotta può, comunque, presentare una nuova domanda qualora torni in possesso dei requisiti.

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.

modello D 2007, è quello derivante dall'esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica, al netto delle spese sostenute per produrlo. Concorrono, altresì, a formare tale reddito i compensi, anche se equiparati ai fini fiscali ai

PENSIONATI DEL FONDO GENERALE ENPAM

I pensionati del Fondo Generale sono esonerati d'ufficio dal versamento dei contributi e, di conseguenza, dall'invio del modello D.

Essi, tuttavia, se titolari di reddito professionale, possono chiedere entro il 31 luglio 2007, nell'apposito spazio previsto nel modello D o con domanda in carta 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.

SANZIONI

Il vigente regime sanzionatorio, in caso di invio del modello D oltre il termine del 31 luglio, prevede l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a euro 120,00.

Qualora il pagamento dei relativi contributi venga effettuato in ritardo è prevista:

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2008);
- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (TUR) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo.

redditi di lavoro dipendente, che derivano dallo svolgimento di attività attribuite all'iscritto in ragione della sua particolare competenza professionale. A titolo esemplificativo, sono, pertanto, soggetti a contribuzione:

- i compensi per l'attività libero professionale "intra moenia";
- i redditi da lavoro autonomo prodotti nell'esercizio della professione medica e odontoiatrica, ivi compresa l'attività svolta in forma associata e quella svolta in regime di "extra moenia";
- i redditi da collaborazione coordinata e continuativa;
- i compensi per la partecipazione a congressi o convegni e per attività di ricerca in campo sanitario;
- i proventi derivanti da prestazioni occasionali richieste all'iscritto in virtù della sua particolare competenza professionale;
- gli utili derivanti da associazioni in partecipazione, quando l'apporto è costituito esclusivamente dalla prestazione professionale.

I medici e gli odontoiatri convenzionati con il Ssn non devono dichiarare i compensi corrisposti dalle Aziende sanitarie locali, ma indicare esclusivamente gli eventuali redditi da libera professio-

ne prodotti, al netto delle relative spese. In tali casi, qualora non sia possibile imputare le singole spese alle diverse tipologie di reddito (compensi da convenzione, redditi da libera professione) la quota di spese da portare in deduzione può essere determinata in proporzione all'incidenza sul reddito professionale totale delle diverse categorie di reddito. Gli uffici della Fondazione provvederanno a determinare l'importo del contributo dovuto detraendo dal reddito dichiarato nel modello D il reddito già assoggettato a contribuzione presso la "Quota A" del Fondo di previdenza generale. Il relativo pagamento dovrà essere effettuato in un'unica soluzione (non sono ammesse rateazioni) entro il 31 ottobre del corrente anno e comunque non oltre il termine indicato sul bollettino Mav precompilato (pagabile presso qualsiasi istituto di credito o ufficio postale) che la Banca Popolare di Sondrio invierà in prossimità della suddetta scadenza a tutti gli iscritti tenuti al versamento. Unitamente al Mav sarà inviato un prospetto esplicativo del calcolo effettuato per determinare l'importo del contributo.

Il mancato ricevimento del bollettino non esonera dal pagamento del contributo. In tal caso dovrà essere contattata tempestivamente la Banca Popolare di Sondrio al numero verde: 800.24.84.64. Gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it possono reperire un duplicato del bollettino accedendo all'Area riservata di tale sito. In questo caso il pagamento può essere effettuato esclusivamente presso gli istituti di credito.

La Banca Popolare di Sondrio, come sopra ricordato, offre in esclusiva agli iscritti alla Fondazione una carta di credito gratuita che, oltre alle ordinarie funzionalità di acquisto, consente di pagare direttamente online, anche con addebito rateale, i contributi dovuti all'Enpam. Per richiedere tale carta è necessario accedere all'Area riservata

del sito e compilare il relativo modulo di domanda. Per ulteriori informazioni sulla Carta Fondazione Enpam è a disposizione il numero verde 800.190.661; per ottenere chiarimenti sull'accesso all'Area riservata è possibile contattare il n. 06.48.29.48.29 (Attenzione: per l'abilitazione all'accesso all'Area riservata e l'emissione della carta di credito è necessario attendere i relativi tempi tecnici).

Si ricorda, infine, che i contributi previdenziali – compresi quelli dovuti al Fondo della libera professione - Quota B del Fondo generale – sono interamente deducibili dall'imponibile fiscale, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lett. e), del Testo Unico delle Imposte sui redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).

(*) *Dirigente Enpam*

DICHIARAZIONE PER VIA TELEMATICA

Gli iscritti già registrati presso l'Area riservata del sito www.enpam.it saranno preventivamente informati dell'attivazione del servizio di dichiarazione telematica mediante una apposita e-mail trasmessa all'indirizzo di posta elettronica da loro comunicato all'Enpam all'atto della registrazione.

Allo scopo di incrementare la trasmissione per via telematica dei redditi professionali e di accrescere il numero degli utenti che accedono ai diversi servizi offerti dal portale Internet della Fondazione, nei plichi contenenti i modelli D/2007 personalizzati è stata inserita una parte della password necessaria per la registrazione agevolata all'Area riservata del sito.

Per ricevere l'altra metà della password al proprio indirizzo di posta elettronica e completare la registrazione agevolata sarà sufficiente compilare il relativo modulo on-line, disponibile sul sito www.enpam.it.

L'inserimento di tale password nei plichi contenenti i modelli D/2007, ovviamente, non ha riguardato gli utenti già registrati. Ad essi, comunque, sono state comunicate le modalità di recupero dei dati necessari per l'accesso all'Area riservata, in caso di smarrimento degli stessi.

Per informazioni riguardanti la registrazione al portale è possibile contattare: tel. 06.48.29.48.29 – sat@enpam.it

Polizza Sanitaria?

Ancora di più, sì!

Alla nuova convenzione si può aderire entro il 31 luglio

di Aurelio Grasso (*)

L'assicurazione sanitaria Enpam è stata rinnovata. Questo avviene dopo tanti anni di copertura assicurativa durante i quali molti colleghi e i loro familiari hanno potuto beneficiare di tanti vantaggi ed hanno espresso all'Enpam la loro soddisfazione. Proprio questa generale soddisfazione, oltre al fatto che dover fare una nuova polizza significava perdere tutti i vantaggi della continuità della precedente, è stata la spinta morale che ci ha imposto il dovere di un rinnovo. Questo si è presentato difficile perché la Compagnia di Assicurazione Generali ha presentato un rendiconto negativo nel rapporto premi/sinistri ed ha richiesto, per continuare la convenzione, un aumento considerevole dei premi che, se accettato, avrebbe sicuramente reso molto meno vantaggioso continuare la copertura assicurativa.

L'esperienza acquisita in questi anni di attività, di fatto una vera e propria co-gestione con la Compagnia, ci ha consentito di verificare che effettivamente l'andamento delle liquidazioni aveva dimostrato un risultato negativo per la Com-

pagnia (di contro molto positivo per gli assicurati per numero e costi dei rimborsi!) e quindi, dopo questa presa d'atto, si è proceduto a studiare una convenzione che, fermo restando l'impianto generale della precedente che ne ha determinato una impareggiabile validità, da una parte ne contenesse i costi e dall'altra ne migliorasse le prestazioni. Fermo restando il criterio, più volte espresso, che ci si deve assicurare a costi accettabili per eventi che determinerebbero un danno economico non altrimenti recuperabile e che il vantaggio ideale sarebbe quello di pagare un premio per non usufruire mai delle garanzie assicurative perché l'evento non si verifica, veniamo ad esporre i punti salienti della nuova convenzione che avrà durata biennale. Cominciamo dagli aspetti che potremmo definire peggiorativi.

I premi da pagare passano rispettivamente a euro 160,00 per il singolo medico o superstite; a euro 360,00 per il nucleo familiare composto da due persone (medico o superstite + un familiare); a euro 480,00 per un nucleo familiare di più di due persone (medico o superstite + due o più familiari). La franchigia sulla liquidazione delle

spese presentate, fermo restando i limiti minimo di euro 500,00 e massimo di euro 5.200,00 passa dal 20% al 25%. Espresse le dolenti note, passiamo ai vantaggi. Si è introdotta la possibilità dell'assistenza diretta che significa poter ricorrere a strutture convenzionate con la Compagnia di assicurazione senza alcun esborso ne preventivo ne consuntivo e senza alcuna franchigia. In sostanza si potrà eseguire l'intervento chirurgico presso strutture private di alto livello senza alcun costo economico da parte dell'assicurato. Siamo convinti che la cosiddetta assistenza diretta, garantendo comunque le migliori prestazioni, consentirà un sicuro contenimento dei costi permettendo di riversare una parte del risparmio nel miglioramento delle altre prestazioni che andiamo ad enunciare. Consigliamo quindi di ricorrervi, naturalmente nei limiti del possibile, in alternativa al rimborso diretto delle spese. Le modalità del servizio e l'elenco delle strutture convenzionate, già pubblicati nello scorso numero della rivista, saranno forniti all'Ordine Provinciale. La diaria giornaliera sostitutiva per ricoveri in struttura pubblica o in assenza di richiesta

**Possibilità
di assistenza
diretta grazie
alle strutture
convenzionate**

di rimborsi di spese sostenute passa a euro 200,00 e senza franchigia giornaliera. Per i "Gravi eventi morbosi" oltre all'introduzione di alcune nuove voci nell'allegata tabella, in caso di ricovero, e senza richiesta di spese sostenute, verrà riconosciuta una diaria giornaliera di euro 150,00 già a partire dal primo giorno. Nelle cure oncologiche sono comprese anche eventuali rette di degenza nel massimale previsto.

Questa, a grandi linee, è la nuova Convenzione Enpam-Generali, fortemente voluta dal presidente Parodi, in linea con la politica di tutela nell'ambito dell'assistenza, una polizza per il rimborso delle spese derivanti da interventi chirurgici per costi e garanzie non ha corrispettivi nel mercato assicurativo. Rinnovi, perciò, chi era assicurato e si assicuri subito chi non lo era! •

(*) Consigliere Enpam

ERRATA CORRIGE

Nello scorso numero, a pagina 30, nell'elenco dei Centri clinici convenzionati, nella sezione riguardante l'Abruzzo, al posto di "Pescara" è stato erroneamente riportato "Pesaro".

MODULO DI ADESIONE E AUTOCERTIFICAZIONE

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

Cognome e nome: _____ Codice ENPAM : _____
 Telefono: _____ Telefono Cellulare: _____
 Posta elettronica (e-mail): _____

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

- ☐ 1) Solo Medico – costo annuale € 160,00 – Polizza 273669331 ☐ 2) Familiare ☐ 2a) Medico e UN solo familiare - Costo annuale € 360,00
☐ 2b) Medico e Due o più familiari – Costo annuale € 480,00

(A) - Per la validità della mia adesione mi impegno a versare la somma annuale da me dovuta di € _____ a mezzo del M.AV che mi sarà inviato a seguito della ricezione da parte dell'Enpam, del presente Modulo di Adesione. Prendo atto che l'ENPAM, ricevuta la somma da me pagata, la verserà per me a "Assicurazioni Generali SpA", che darà corso alla copertura assicurativa in mio favore (per il periodo 1/06/2007– 31/05/2008, con efficacia delle garanzie dall'1/06/2007 se avrò aderito entro il 31.05.2007 e pagato il relativo premio entro la data indicata sul M.AV
 Data la natura collettiva della Polizza, autorizzo l'ENPAM ad apportare per me in prosieguo eventuali modifiche di carattere generale alla stessa e a darmene valida comunicazione sul Giornale della Previdenza; analogamente, comunicazioni di carattere generale potranno essere validamente inviate dalla Compagnia "Assicurazioni Generali SpA", presso l'ENPAM.

firma per adesione alla polizza

Con riferimento all'art. 1341 c.c., approvo sin d'ora specificatamente le seguenti clausole di polizza: art. 11 a,b, c (Istituzione della commissione paritetica. Deferimento di controversie ad un collegio medico arbitrale. Estraneità dell'Enpam da controversie tra Società e Assicurati); art. 12 (Deroga per competenza territoriale dell'Autorità Giudiziaria); art. 13.1 (Facoltà di recesso- Tacito rinnovo del contratto in mancanza di disdetta tre mesi prima della scadenza) 13.2 – (Risoluzione della copertura per il singolo aderente).

(firma)

Consenso al trattamento dei dati: Con riferimento al Decr. Leg.vo n. 196 del 30.06.2003 Acconsento al trattamento dei dati personali come indicato ai punti 1a); 3b); 5a); 7) dell'informativa pubblicata sul retro.

☐ Acconsento ☐ NON Acconsento (Barrare con una X l'opzione prescelta) al trattamento dei dati personali per finalità di promozione commerciale e per quant'altro indicato ai punti 1b); 3c); 4b); 5b); 7) dell'informativa pubblicata sul retro.

(firma)

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

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

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

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (valido per l'inclusione dei familiari). Con riferimento al Decr. Leg.vo n. 196 del 30.06.2003: Acconsento/Acconsentiamo al trattamento dei dati personali come indicato ai punti 1a); 3b); 5a); 7) dell'informativa pubblicata sul retro.

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

Al trattamento dei dati personali per finalità di promozione commerciale e per quant'altro indicato ai punti 1b); 3c); 4b); 5b); 7) dell'informativa pubblicata sul retro.

Luogo e data _____

(Nome, Cognome e firma dell'iscritto ENPAM)

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

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

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

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

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



GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.

Informativa contrattuale e commerciale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE:

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

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

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

(4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti, produttori d'agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi; società del gruppo e altre società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, e in caso di consenso commerciale di cui ai punti a) e b) di cui sopra, di società specializzate in servizi di ricerche di mercato, indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, nonché organismi istituzionali tra cui ISVAP, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed altre banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione).

(5) Lo prevede ad esempio la disciplina contro il riciclaggio, o la normativa in tema di constatazione amichevole di sinistro.

(6) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.



Le principali novità della polizza

Tra le migliori condizioni ottenute il convenzionamento diretto senza applicazione di alcuna franchigia. Avviato il progetto sui Servizi integrativi nato in sede Adepp

di **Pietro Ayala (*)**

Quest'anno il rinnovo della convenzione con le Assicurazioni Generali a fronte di un modesto incremento dei premi, utile per meglio garantire il necessario equilibrio nel rapporto sinistri-premi, ha permesso di migliorare notevolmente i contenuti della polizza in termini di garanzie e prestazioni offerte. Si è già dato conto di tali novità nel n. 4 del nostro Giornale su cui è stato pubblicato il testo integrale della nuova Polizza Sanitaria e nel successivo n. 5 sul quale è stato pubblicato l'elenco completo delle casse di cura private convenzionate con la "Compagnia" per fornire agli assicurati un'assistenza diretta per ottenere la quale ci si è impegnati a fondo e che si è riusciti a garantire. Si riassumono di seguito le principali novità introdotte nella nuova Polizza Sanitaria che, come sempre, decorre dal 1° giugno u.s.:

- convenzionamento diretto senza applicazione di alcuna franchigia;
- in caso di ricovero in struttura pubblica, pertanto in assenza di spese, raddoppio della diaria giornaliera

liera dai 100 euro attuali a 200 euro sin dal primo giorno di ricovero;

- in caso di ricovero in struttura pubblica per "grave evento morboso" corresponsione di una diaria giornaliera di 150 euro sempre senza franchigia (e cioè dal primo giorno di ricovero);

- estensione delle prestazioni in caso di cure oncologiche (incluse le rette di degenza);

- aumento della franchigia dal 20% dello scorso anno, al 25% delle spese sostenute in strutture private non convenzionate (sempre con un minimo di 500 euro e un massimo di 5200 euro).

Le nuove migliori condizioni ottenute e fin qui illustrate mirano ad incentivare l'utilizzo di strutture ospedaliere pubbliche o di strutture convenzionate (tutte di ottimo livello) a scapito di strutture mediche non convenzionate che in passato si sono rivelate molto onerose e spesso in maniera immotivata e fuori da qualunque standard.

Anche quest'anno si è ritenuto di concedere una proroga rispetto alla scadenza del 31 maggio per consentire a tutti coloro che era-

no già assicurati negli anni precedenti ed a quelli che decideranno di aderire per la prima volta di provvedere con un maggior margine di tempo.

Tale termine ultimo, come già comunicato, è stato fissato al 31 luglio prossimo. Al momento in cui scriviamo si sta già registrando un forte interesse per la nuova Polizza Sanitaria al quale ci auguriamo possa seguire un significativo incremento delle adesioni rispetto alle circa 80mila degli anni passati soprattutto in considerazione dell'eccellente qualità del prodotto assicurativo proposto.

Si ricorda ancora il nostro sito **www.enpam.it** sul quale è pubblicato il testo integrale della convenzione ed il modulo di adesione scaricabile (solo per chi aderisce per la prima volta o per chi voglia modificare la composizione del proprio nucleo familiare) ed il numero telefonico **199 168 311** del call center dedicato che potrà

Estensione delle prestazioni in caso di cure oncologiche

fornire tutte le informazioni e chiarimenti.

Per quanto attiene ai Servizi integrativi nel loro insieme, si conferma l'avvio operativo del progetto relativo in sede Adepp.

L'Adepp, che raccoglie sotto la propria egida le Casse di previdenza privatizzate e quindi tutti i professionisti italiani, ha infatti condiviso l'importanza da attribuire ai Servizi integrativi il cui sviluppo consentirà a tutte le Casse di essere più vicine ai propri iscritti accompagnandoli nel proprio percorso di vita professionale e non, fino all'età post lavorativa offrendo loro sostegno e supporto rispetto alle esigenze le più varie.

Si provvederà a comunicare tempestivamente una esauriente informativa sull'evoluzione del progetto dettagliando via via i risultati ottenuti circa il miglioramento delle Convenzioni esistenti nonché l'ampliamento ad ulteriori settori ed interlocutori.

(*) *Vice direttore generale Enpam*

[•] 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.

Congresso mondiale della Sanità militare

Si è svolto dal 20 al 25 maggio scorso a Gammarth e ha visto la partecipazione di oltre 800 specialisti di 76 dei 102 Paesi membri del Consiglio internazionale della Medicina militare.

Gli interventi nei luoghi di guerra, in caso di catastrofi naturali, ma soprattutto nelle grandi missioni umanitarie.

Il contributo della delegazione italiana

di Ezio Pasero

Chissà cosa pensava Ippocrate della guerra. Siamo intorno al 400 a.C. e dalle parti nostre, tanto per fare un esempio, Furio Camillo prima dà l'ultima spallata a Veio, che i Romani hanno tenuto sotto assedio per dieci anni, e poi subisce una disastrosa sconfitta contro i Galli di Brenno, che a loro volta assediano Roma. Morti e feriti, già in quei tempi, non sono vittime solo delle armi, ma anche delle infezioni, delle malattie, delle epidemie. Sempre stato così, da allora, nei conflitti che hanno funestato l'umanità. Le malattie furono una delle principali cause di morte anche durante la guerra civile americana: ben 400mila soldati su 618mila perirono proprio a causa della malnutrizione e di varie infezioni, fra le quali le più diffuse furono il tifo, il vaiolo e il morbillo. Insomma, la guerra non fa bene alla salute. E non è solo una battuta, visto che persino l'Organizzazione mondiale della sanità ha inserito la



guerra tra i fattori di rischio per la salute, appunto, e ogni anno pubblica le statistiche sul numero dei morti causati dai conflitti in tutto il mondo.

Nelle cosiddette guerre moderne, poi, in pochi anni sono radicalmente cambiati non solo il tipo di armamenti e il modo di combattere, ma anche e soprattutto i modi di intervenire per assistere i feriti e le conseguenze sulle popolazioni civili. Così, è facile capire il senso e la portata del Congresso mondiale della Sanità militare che riunisce ogni due anni medici ed esperti di decine e decine di Paesi i quali, a vario titolo, sono tutti impegnati nei conflitti

in corso. L'ultimo Congresso, che si è svolto dal 20 al 25 maggio scorso a Gammarth, la periferia di Tunisi che confina con Cartagine, ha visto la partecipazione di oltre 800 specialisti di 76 dei 102 Paesi membri del Consiglio internazionale della Medicina militare, che ha sede a Bruxelles. Ed erano presenti, tra questi, le delegazioni di tutti i Paesi aderenti alla Nato. Così, a discutere tutti insieme di problemi e di conseguenze che spesso i loro Paesi contribuiscono a creare, si sono trovati faccia a faccia medici ed esperti americani e iraniani, sanitari inglesi e afgani, australiani e giordani... E poi an-

cora medici militari venuti dalla Cina, dall'India e dalla Malaysia, dall'Arabia Saudita e dal Brasile, dall'Argentina e dall'Ucraina... Della delegazione italiana facevano parte, oltre all'ammiraglio Vincenzo Martines, direttore generale della Sanità militare, al Generale Manlio Carboni, capo del Corpo sanitario aeronautico e al Generale Ottavio Sarlo, capo del Servizio sanitario aeronautico, anche numerosi ufficiali medici che hanno maturato importanti esperienze all'estero. Fra i principali temi dibattuti, il "terrorismo biologico", la "gestione dell'afflusso massiccio di feriti in occasione delle catastrofi", il "ruolo dei servizi della Sanità militare nella risposta a una pandemia influenzale" e le "patologie e l'ambiente in occasione delle operazioni fuori area".

In particolare, per quanto riguarda il terrorismo biologico, sono stati presentati e discussi quindici lavori scientifici e sono state organizzate due tavole rotonde, una sull'identificazione delle vittime nelle catastrofi e l'altra sugli ospedali da campo. Sulla gestione delle grandi emergenze con molti feriti in occasione di grandi disastri, naturali e non, sono stati invece prodotti venti lavori scientifici e le due tavole rotonde sono state focalizzate una sull'approvvigionamento dei prodotti sanguigni dei contingenti multinazionali e l'altra sul ruolo dei militari nella risposta a pandemie mondiali di influenza. Infi-

ne, per quanto riguarda le esperienze in operazioni fuori area, le relazioni presentate sono state venticinque, oltre a sessanta comunicazioni orali e quattrocento poster, ed è stata organizzata una tavola rotonda sul ruolo dei veterinari militari nel campo della sanità pubblica.

Sono stati insomma discussi, come si vede, tutti temi che hanno molto a vedere con la guerra, ma che non riguardano solo le guerre, perché le organizzazioni sanitarie militari stanno ormai dimostrando quanto sempre più importante sia il loro intervento nei casi di catastrofi naturali e addirittura vitale il loro ruolo nelle grandi missioni umanitarie. È questo il caso soprattutto della Sanità militare italiana, che ha sviluppato negli anni una vocazione e una particolare capacità di intervenire nei luoghi più disagiati del mondo in supporto dei propri contingenti, ovviamente, ma anche a

sostegno delle popolazioni locali vittime dei conflitti o colpite da catastrofi naturali. È appena il caso di ricordare che il primo intervento della nave ospedale San Marco, al largo delle coste meridionali del Libano, la scorsa estate, aveva consentito di salvare due naufraghi. O che il sistema di Telemedicina della Difesa, per restare nel nostro Paese, applicato alla Protezione civile in occasione del terremoto del 1998 in Umbria, quando un ospedale da campo installato a Nocera Umbra era stato messo in rete utilizzando appunto una stazione mobile di Telemedicina, aveva consentito di superare il black out delle trasmissioni legato all'interruzione dei collegamenti terrestri via cavo. O, ancora, si potrebbero rammentare le missioni della Sanità militare aeronautica in Africa, per operare centinaia e centinaia di pazienti ciechi nel cuore del Mali; e dove nel novembre scorso il colonnello Francesco Spadolini, uno dei membri della delegazione italiana al Congresso di Tunisi, straordinario esperto di emergenza sanitaria, con mezzi di fortuna ha salvato la vita di una partoriente e della sua bambina che, senza la sua presenza, sarebbero certamente morte.

Così, oltre ai lavori scientifici più strettamente legati alle attività militari, la delegazione italiana ha prodotto a Tunisi relazioni che vanno nel senso di una sempre più stretta correlazione tra sanità militare e società



civile. Come il poster illustrato dal colonnello Manfredi Di Stefano e dal maggiore Marco Lastilla sul trasporto aereo in condizioni di biocontenimento di un paziente con malattia infettiva altamente contagiosa. Si tratta, per dirla in parole semplici, dell'utilizzo di particolarissime "barelle" (ma in questo caso il termine è fortemente riduttivo) appositamente studiate per essere trasportate in aereo o su ruote, rinchiusi in involucri di Pvc. Questi ultimi hanno speciali maniche, che permettono di effettuare varie procedure mediche, oltre a una porta per l'introduzione del paziente e una per l'introduzione di materiale. In questo modo è possibile trasportare pazienti contagiosi senza esporre ai rischi del contagio il personale sanitario e l'equipaggio del velivolo. Così era avvenuto nel gennaio dello scorso anno, quando con questo metodo era stato prelevato in Sardegna e trasportato presso il sanatorio di Sondalo, presso Sondrio, un cittadino extracomunitario affetto da Tbc; e così è avvenuto il 3 maggio scorso, quan-

do da Torino è stato portato allo Spallanzani di Roma a bordo di un C130J dell'Aeronautica militare un ricercatore che in Nepal aveva contratto una gravissima febbre emorragica della famiglia dell'ebola che purtroppo, nonostante l'intervento dei sanitari, gli è stata fatale. Il colonnello Di Stefano aveva coordinato quattro anni fa la partecipazione di un team, del quale il maggiore Lastilla aveva fatto parte, presso il "mitico" Fort Detrick in Maryland, negli Stati Uniti, finalizzata appunto all'apprendimento delle tecniche e delle procedure per questi specialissimi trasporti. Era previsto un secondo corso che a giudizio unanime non servirà più, avendo in questo caso gli allievi italiani ugagliato, se non superato, i maestri americani. Da un punto di vista operativo, quello del 3 maggio scorso è stato il primo caso al mondo di trasporto in condizioni di isolamento di un paziente sintomatico e incubato, ulteriore dimostrazione di come uomini e mezzi della Sanità militare possono essere straordinariamente utili in situazioni di pace. •



Il Maggiore Marco Lastilla accanto al Poster esposto a Tunisi

L'incomunicabilità della comunicazione

Immediata, integrata, di massa, personale, aziendale, pubblicitaria... ce n'è per tutti. Eppure le persone sembrano trovare sempre maggiore difficoltà nel comprendersi.

La distanza tra ciò che si esprime
e il significato che gli viene attribuito

di Antonio Gulli (*)

Si dice e scrive oramai da decenni che viviamo in un tipo di società che è possibile definire "della comunicazione". In sostanza, viviamo all'interno di un assetto sociale che vede uno sviluppo esponenziale di tipo malthusiano delle forme comunicative. Paradossalmente, però, l'impressione diffusa è che all'aumento delle comunicazioni e dei suoi flussi non corrisponde un aumento della comprensione tra le persone. Si potrebbe dire che più si parla meno ci si capisce. Non si vuole in questa sede affrontare né il grave problema di quello che può essere definito "autismo sociale", cioè quella forma di chiusura verso l'esterno che trova il suo terreno più fertile nell'ac-



centuata frammentazione dell'individuo e del sistema e che ha creato una specie di soggetto "auto-centrato"; né quel fenomeno – dovuto allo sviluppo della complessità sociale – per cui all'aumento della quantità di relazioni si abbassa la possibilità di poterne usufruire. Scrive, infatti, a questo proposito Luhmann che la complessità è in grado di sfidare quella che viene definita la "legalità matematica" (1982). Quello che rimane è che tutti parlano, tutti vogliono comunicare qualcosa a qualcun altro. E si potrebbe aggiungere che se tutti parlano una ragione ci dovrà pure essere.

E questa ragione, probabilmente, la si può ricercare nell'aumento della soggettività all'interno della nostra società. Infatti, nella misura in cui la soggettività degli esseri umani cresce si apre anche la possibilità da parte di costoro di esteriorizzare. Questo proiettare all'esterno della loro sfera interiore la propria soggettività, costruendo modelli di comportamento, valori, oggetti materiali e immateriali, però, da un lato, dovrebbe fare sì che ogni soggetto si senta più artefice della realtà e, dall'altro, irrobustire la dimensione sociale della stessa. In sostanza, l'esternare i propri sistemi categoria-

li dovrebbe fortificare lo stare insieme. Ricordiamoci che la società non è una "realtà naturale" – cioè data una volta e per tutte – ma un insieme articolato di costruzioni storiche che vive della costante attività quotidiana di "costruzione" e "ricostruzione" svolta dagli esseri umani. Si aggiunga anche che alla base della società vi sono le interazioni che gli individui mettono in atto, e che queste sono sia il prodotto costante di uno scambio continuo tra azione e struttura; sia l'effetto di un meccanismo che procede dall'oggettività alla soggettività (interiorizzazione) e dalla soggettività all'oggettività (esteriorizzazione). Allora l'impressione che abbiamo indicato all'inizio dell'aumentata incomprensione è sbagliata? Perché allora la realtà sociale, nonostante si parli di più – si pensi, tra l'altro, per esempio, ai grandi profitti della telefonia mobile – sembra più fragile? A questo punto, forse una riflessione dovrebbe essere aperta sull'oggetto stesso che costituisce la comunicazione: la parola. Questa rappresenta quel "mattoncino" che, al tempo stesso, si presenta come fondamento ed epilogo di ogni conversazione. Sia scritta che orale. A ben vedere la parola è tiranneggiata da più parti: dal suo perenne dover far sempre riferimento alla realtà, che deve cercare di cogliere nel suo aspetto di concretezza e apparenza da un lato; dal doversi

**Il simbolo segue
l'ambiguo
sentiero
della comunicazione
metaforica**

misurare sistematicamente con il bisogno di porsi su un piano più generale, pena lo scadere in una descrizione asfittica della porzione di realtà che cerca di afferrare, dall'altro; e nel misurarsi con la costruzione continua di rimandi ad immagini (allegorie), dall'altro ancora. L'aspetto "ricostruttivo" che chiede la parola per essere capita sottostà a diversi aspetti: il possesso dello stesso codice (linguaggio); la mancanza di una qualsiasi patologia che si lega alla trasmissione o alla ricezione del messaggio; la condivisione dell'apparato culturale di riferimento. Per farsi capire ci si spiega. Ma lo spiegare ciò che si vuole dire, indicare e trasmettere è sufficiente? Si può dire che probabilmente non basta se questo nostro parlare non evoca immagini già possedute dalla persona cui rivolgiamo il messaggio. A questo punto, il problema non è più capire le parole che ci vengono rivolte quanto condividere le "immagini" che il messaggio propone. C'è una frase di una canzone famosa che afferma: "è difficile spiegare a chi non ha capito già". È proprio così? E che cos'è ciò che si dovrebbe "già possedere"? In parte la strofa di questa canzone afferma una verità dicendo che nella comunicazione bisogna fare riferimento a qualcosa di noto. E quel noto non si riferisce solo allo strumento che si utilizza per comunicare quanto in, larga parte, al

Un mondo che più parla più differenza

contenuto, al comunicato, al "significante". L'attribuzione di significato si sposta, quindi, da ciò che è stato detto a ciò che il "detto" rappresenta. Questo aspetto lo si può individuare fondamentalmente nel suo contenuto simbolico. Diciamo quindi che la parola può avere una sua parte "muta". Di fatto, si può affermare che si ascolta nello stesso modo come si vede. Si sa che il nostro occhio ha un punto cieco e che la visione, per una parte, non riflette ciò che guarda. Come ciò che vediamo è per una parte una ricostruzione, così ciò che ascoltiamo è per una parte ciò che capiamo e non ciò che il nostro interlocutore sta dicendo. Ma come colmare quella parte "cieca" della comunicazione? Se quella parola rimanda a

qualcosa "altro da sé" che non è condivisa da chi ascolta come può la parola trasmettere per intero ciò che vuole dire? Dal greco *symbollo*, che significa "metto insieme", il termine simbolo in origine designa le due metà di un oggetto che, spezzato, può essere ricomposto avvicinandole. In tal modo ogni metà diviene un segno di riconoscimento. Con il tempo, ha derivato il significato di "stare in luogo di". Ecco che segno e simbolo – così come nella tradizione anglosassone – vengono a confondersi fino a fondersi. Ma Hegel ricorda che il segno "rappresenta un contenuto del tutto diverso da quello che ha per sé" (Enciclopedia, par. 458), cioè tra il segno e ciò che esso significa vi è un rapporto di reciproca indifferenza e convenzionalità. Il simbolo è un oggetto, individuo o altra cosa concreta che può sintetizzare ed evocare una realtà più vasta e/o un'entità astratta. Il simbolo abbatte

l'esteriorità relegandola a pura forma. La sua potenza gioca almeno su due piani: l'essere al tempo stesso un "fossile del mondo interiore", in quanto capace di essere evocato; l'essere preludio di ciò che si può afferrare in divenire, operando quella "marmorizzazione" del divenire in "divenuto". Il simbolo segue l'ambiguo sentiero della comunicazione metaforica. La loro stessa spiegazione non può che risultare sempre parziale. Il drago non è sempre e dovunque il nemico malvagio come il cuore non significa sempre amore. Incredibilmente il processo di razionalizzazione trova il suo punto di forza proprio in ciò che razionale non è. Pensiamo alla pubblicità e abbiamo subito la prova di quanto appena detto. C. G. Jung ipotizzava l'esistenza di un patrimonio comune di forme originarie che possono essere un utile strumento per la lettura del pensiero simbolico: gli archetipi. Probabilmente si può affermare, quindi, che molta parte dell'incomprensione, nonostante il diluvio di messaggi, sta proprio nell'eccesso di soggettivizzazione dell'apparato simbolico di cui ognuno di noi si avvale; ovvero sta in quella ricerca spasmodica di con-divisione del mondo che più parla e più differenza e così facendo ci rende sempre più estranei. Sia rispetto agli altri che a se stessi. •

(*) Professore presso la Facoltà di Psicologia 2 Università "La Sapienza"



Sindaco senza "portafoglio"

Il quadro che emerge del ruolo del Comune nella gestione della salute dei cittadini in un incontro con il presidente di Federsanità-Anci (Associazione Nazionale dei Comuni Italiani)

Pier Natale Mengozzi, in occasione del Forum della Pubblica Amministrazione tenutosi nella Nuova Fiera di Roma dal 20 al 25 maggio

di Daniele Romano

I medici da tempo sollecitano l'importanza della medicina territoriale, ma una percezione nitida delle istituzioni e dei ruoli di programmazione, di governo, regionale, aziendale, territoriale, ancora non esiste, anche perché è un processo in divenire.

Alle Regioni è affidata la sanità, ai Comuni i servizi socio-assistenziali con una profonda contraddizione che genera diseconomie, inefficienze e costi sociali. Con le Aziende sanitarie e ospedaliere c'è un rapporto di dipendenza che spesso non valorizza le capacità di governo clinico dei medici.

“La cultura della salute attiene al territorio - esordisce Mengozzi. - Il titolare dello star bene del cittadino è l'Ente locale e il sindaco che lo rappresenta. La funzione di Federsanità è di mettere insieme il sistema della sanità pubblica con il governo locale, nel rispetto della distinzione dei ruoli: uno gestionale e l'altro politico. Però con le stesse finalità: risposta integrata della salute nel territorio”.

Il soggetto principe è ancora la Regione e si fa fa-

Pier Natale Mengozzi, presidente di Federsanità



tica a vedere il ruolo del Comune, soprattutto esistendo la separazione dei poteri dell'area salute (Regione) da quella socio-assistenziale (Comuni)”. “E' una distinzione inammissibile - replica Mengozzi. “Se la Regione pianifica non possono che essere i Sindaci a governare il sistema. Se gli Enti locali non vengono coinvolti su come spendere i soldi, il costo sociale diventa insostenibile”.

“Chi potrebbe attuare davvero una politica virtuosa dal punto di vista del controllo sui processi di spesa sanitaria meglio dei sindaci, che conoscono le

esigenze reali della popolazione?”

La riforma del 1978 prevedeva che la sanità si riorganizzasse sulla base di un'analisi territoriale della domanda di salute. Che bilancio possiamo fare per la medicina territoriale?

“Molte Regioni hanno già fatto l'analisi della domanda locale di salute, altre sono in condizioni più arretrate e la sanità corre il rischio di essere lacerata tra Regioni forti e Regioni deboli, con inaccettabili carenze di equità. Dobbiamo porre un limite a questa tendenza”.

“Per costruire solidamente la medicina territoriale

dobbiamo affermare il principio che le risorse debbono passare al territorio, come sta iniziando a fare la Finanziaria e questa è una vera e propria rivoluzione in atto. La professionalità dei medici del territorio, di Cure primarie, si fonda su una nuova domanda di qualità e dovrà essere adeguata anche dal punto di vista retributivo nell'apposita Convenzione.”

E i discussi criteri di nomina dei direttori generali?

“Deve innanzitutto - risponde Mengozzi - essere definito rapidamente un elenco con i requisiti di eleggibilità di un manager, in modo tale che di fronte a nuove nomine l'elenco dei candidati possa essere certificato da una autorità terza”. Va fatta per Mengozzi una distinzione di ruoli. Il clinico non deve diventare il governatore della salute, deve invece governare i partiti dell'organizzazione sanitaria.

Il nostro è un sistema sanitario universalistico che ha nelle istituzioni il governo dei processi e dei risultati.

Se in “un piccolo Comune ci sono due fabbriche e numerosi casi di neoplasie, il Sindaco deve capire e agire.” •

Il problema dell'energia proprio in questi ultimi tempi si sta rivelando di vitale interesse per tanti Paesi europei. È chiaro che dall'energia, e dall'uso che se ne fa, può dipendere il destino, non solo economico, di una Nazione. Per noi Italiani quasi totalmente dipendenti dall'estero, il problema riveste un'enorme importanza. Tanti sono infatti i settori che possono dipendere da un maggiore o minore rifornimento energetico. A pensarci bene, è facile tirare fuori i dati, a cominciare dal settore sanitario che risulta in pole position.

di Mauro Subrizi

I rapporti russo - europei in fatto di energia, sembrano ridursi ad un intreccio quasi meccanico di interessi convergenti: l'Europa mira ad utilizzare, con contratti più lunghi possibili e a prezzi concorrenziali, le maggiori riserve metanifere mondiali; la Russia intende garantirsi la stabilità degli acquisti del maggior mercato planetario. Vari fatti, però, negli ultimi anni, hanno dimostrato che tutto ciò non sia affatto semplice: il contenzioso dell'inverno 2006 con l'Ucraina, ed il conseguente taglio delle forniture di gas verso l'Europa occidentale, ha inferto un duro colpo alla affidabilità di Mosca come fornitore. Inoltre, il rifiuto da parte del Cremlino di firmare la "Carta

Gli Zar dell'energia

I complicati rapporti economici tra la Russia e l'Europa alla luce delle incertezze dei Paesi dell'Unione e delle mire espansionistiche di Gazprom, il gigante statale che ha l'obiettivo dichiarato di diventare in breve tempo il numero uno al mondo per fornitura di gas



dell'energia", che consentirebbe alle imprese europee di acquistare gas e petrolio dai pochi produttori russi indipendenti rimasti, rafforza in Europa il timore che le scelte politico - economiche di Mosca non siano più dettate dalle logiche di mercato e del profitto, ma da quella duramente dirigista dell'interesse nazionale.

Il problema principale è generato dalla debolezza dell'Unione Europea e dalle sue divisioni: l'ultimo tentativo di parlare con una sola voce è stato fatto nel novembre scorso ad Helsinki. Ed è stato un fallimento; ed oggi i singoli Paesi europei - Germania in testa seguita da Italia e Francia - bussano alla por-

ta del Cremlino per offrire accordi individuali.

Per capire davvero la politica energetica di Mosca è necessario analizzare le mire espansionistiche di Gazprom, il gigante statale (posseduto, non va dimenticato, dal governo russo al 51%) che ha come obiettivo dichiarato - dal suo vicepresidente Alexandr Medvedev - di diventare in breve tempo il numero uno al mondo per fornitura di energia.

Dunque le ambizioni espansionistiche di Gazprom guardano in tutte le direzioni: sta consolidando nuove partnership e futuri sbocchi di mercato in Cina, Stati Uniti ed Europa. L'affare più grosso che sta per concludere, al quale ha invita-

to a partecipare varie compagnie petrolifere internazionali, comprende il futuro sfruttamento del bacino di Shtokman, 555 km a nord est di Murmansk, nella penisola di Kola. Un giacimento di 1400 km quadrati che probabilmente diventerà il bacino più grande del mondo e che dovrebbe entrare in funzione nel 2010. Nello stesso periodo dovrebbe essere ultimato il gasdotto dell'Europa del nord, quello che passerà sotto il Mar Baltico e per il quale è stata creata una joint venture con due aziende tedesche. Già ora Gazprom fornisce al vecchio continente più della metà del suo fabbisogno di metano. La costruzione del gasdotto del Mar Baltico, secondo i progetti, raggiungerà direttamente la Germania, la Francia, l'Olanda e la Gran Bretagna. L'operazione, ovviamente, non è solo economica. Tagliando per il Mar Baltico la Russia vuole eliminare il passaggio finora obbligato attraverso le Repubbliche baltiche, la Polonia e in particolare l'Ucraina, tutti Paesi che per il governo comportano un rischio economico e politico che il Cremlino non è più disposto a correre.

Altro scenario è quello mediorientale: è di questi giorni la notizia, riferita dalla dirigenza della Gazprom, della costruzione e della gestione del gasdotto da 7 miliardi di dollari che collegherà l'Iran e l'India via Pakistan. •

di Carlo Ciocci

Le malattie reumatiche colpiscono solo gli anziani?

È un luogo comune. È chiaro che andando avanti con l'età i problemi di tipo reumatologico, vedi l'artrosi, assumono una frequenza e proporzione sempre crescente. Vi sono però molte malattie reumatiche che colpiscono anche soggetti giovani e giovani adulti: si pensi al reumatismo articolare acuto, all'artrite reumatoide, alla spondilite anchilosante, alle malattie del collagene, Les, sclerodermia, etc. L'incidenza dell'artrosi aumenta con l'aumentare dell'età, ma è pur vero che può colpire anche giovani adulti se si pensa alle forme secondarie dovute a carichi eccessivi, all'obesità, ad un'attività agonistica intensa, etc.

Uomo, donna: fa differenza per le malattie reumatiche?

Non fa una grossa differenza, più o meno si equivalgono gli interessamenti a carico delle varie articolazioni. Va invece detto che l'artrosi primaria delle mani caratterizzata da tipiche lesioni delle articolazioni interfalangee

Farmaci che hanno la proprietà di inibire alcune citochine

Il professor Giuseppe Perpignano è direttore della I° Cattedra di Reumatologia dell'Università di Cagliari. E' stato presidente della Lega italiana contro le malattie reumatiche e per l'aiuto al malato reumatico dal 1996 al 1999 e per tre mandati consigliere nel Consiglio direttivo della Società italiana di reumatologia. In uno di tali mandati ha ricoperto la carica di Vice Presidente

Il prof. Giuseppe Perpignano



Il medico delle articolazioni e delle ossa cura anche i giovani

Le malattie reumatiche colpiscono non solo gli anziani e spesso sono invalidanti. Dall'ultima generazione di farmaci, quelli biologici, alla qualità di vita del malato.

Le università "sfornano" un buon numero di specialisti che, spesso, non trovano la giusta collocazione professionale nel territorio

distali (noduli di Heberden), delle interfalangee prossimali con i noduli di Bouchard e la rizoartrosi, sono più frequenti nel sesso femminile rispetto a quello maschile.

Le malattie reumatiche possono portare all'invalidità?

In generale, le malattie reumatiche possono portare ad inabilità importanti, soprattutto la spondilite anchilosante, l'artrite reumatoide ed anche le forme più severe di osteoartrosi deformante.

Veniamo alle cure: che cosa sono esattamente i farmaci biologici?

I farmaci biologici, o biotecnologici, sono farmaci sintetizzati in laboratorio che hanno la proprietà di inibire l'azione di alcune citochine, che sono degli elementi essenziali nell'iter-patogenetico soprattutto nell'artrite reumatoide. Si tratta del TNF alfa, (Tumor necrosis factor), dell'interleuchina 1, del CD20, etc.: i farmaci biologici bloccano specificamente l'azione pro-infiammatoria di tali citochine. Come ben si può comprendere sono farmaci che agiscono in maniera specifica e selettiva per neu-

Formulata una diagnosi bisogna trattare rapidamente il malato

tralizzare questi "agenti" che fanno parte fondamentale della catena patogenetica dell'artrite reumatoide e di altre reumopatie infiammatorie.

Possono essere impiegati per specifiche malattie o se ne fa un uso generalizzato in reumatologia?

Il loro utilizzo ha avuto inizio nella terapia dei malati affetti da artrite reumatoide e si è esteso, nel giro di pochi anni, anche per trattare malati affetti da artrite psoriasica, spondilite anchilosante, artriti enteropatiche e altre.

In ambito reumatologico è soddisfacente la ricerca?

Attualmente si svolge una nutrita ricerca da parte di valenti studiosi. Si stanno evidenziando sempre più numerosi siti che fanno parte della catena patogenetica delle suddette malattie reumatiche sui quali questi farmaci agiscono in maniera del tutto specifica rallentando



In Italia la distribuzione sul territorio dei reumatologi non è uniforme

o bloccando il decorso della malattia.

Veniamo al malato reumatico: com'è la qualità della sua vita?

Preliminarmente va detto che una delle regole principali rimane sempre la prevenzione primaria o secondaria, vale a dire intervenire, una volta formulata una precisa diagnosi, il più rapidamente possibile nel trattare il malato. Prima si interviene, più probabilità di successo si hanno. Per fare un esempio una malattia di tipo generativo è caratterizzata da una sofferenza più o meno importante della cartilagine articolare: più precocemente si interviene cercando di supportare i costituenti nobili della membrana cartilaginea, migliori risultati si ottengono.

Quando invece l'intervento è molto tardivo e la cartilagine articolare è notevolmente usurata, l'efficacia terapeutica risulta molto meno evidente. Per ciò che concerne la qualità della vita del malato reumatico essa dipende sia dal grado e dall'entità dall'evoluzione della malattia, sia, come già detto, dalla precocità dell'intervento terapeutico.

Purtroppo dobbiamo prendere atto che esiste un notevole numero di malati con una qualità della vita molto precaria, che non sono autosufficienti e necessitano di supporti e ausili per poter adempiere alle più comuni attività della vita quotidiana.

L'Italia è coperta in modo omogeneo dai centri reumatologici?

Non c'è sul territorio italiano una uniformità di strutture per i malati reumatici: c'è, invece, una grossa disparità tra Nord e Sud. Nell'ambito del Sud, comprendendo anche le Isole, abbiamo una copertura estremamente precaria per ciò che riguarda i presidi reumatologici. Faccio un esempio: in Sardegna vi sono due unità operative a Cagliari, una a Sassari che non ha però posti letto propri. In "periferia" operano pochi presidi ambulatoriali facenti capo alle Asl, ma manca assolutamente una copertura razionale nell'ambito globale del territorio. Lo stesso fenomeno si riscontra in altre regioni d'Italia come la Calabria, la Sicilia, in Puglia e la Campania, etc.

In Italia sono tanti i medici che scelgono la reumatologia?

Sono tanti, ma la loro distribuzione sul territorio non avviene come dovrebbe. Ad esempio, a Cagliari formiamo diversi reumatologi che spesso non trovano la giusta colloca-



zione nelle Asl e la maggior parte di questi colleghi deve dedicarsi alla Fisiatria o branche affini, poiché sono del tutto insufficienti per le necessità degli utenti, come prima sottolineavo, i presidi ambulatoriali reumatologici istituiti dall'Assessorato regionale alla Sanità. Credo che la problematica sia dovuta essenzialmente a una irrazionale programmazione politico-sanitaria che spesso - direi sempre - si muove in maniera del tutto scorrelata e avulsa dagli operatori dei singoli settori specialistici e in particolare dalla classe medica che opera quotidianamente sul territorio. I risultati di tale "illuminata" politica sanitaria sono sotto gli occhi di tutti i cittadini.

Grazie professore e buon lavoro.

di **Andrea Sermoniti**

Nasce Socitel, una società scientifica che si propone come punto d'incontro tra chi produce tecnologie e le strutture della sanità pubblica e privata, offrendo alle prime la "copertura" scientifica e alle seconde la "garanzia" di modelli sperimentali utili a migliorare la qualità della vita dei pazienti.

Perché avete sentito la necessità di un'altra società scientifica?

La realtà che il Servizio sanitario nazionale si trova a dover affrontare è caratterizzata da un evidente fenomeno: il bisogno di salute supera le risorse disponibili. In uno scenario così complesso e con un finanziamento puntualmente inferiore alla spesa preventivata, le istituzioni devono affrontare lo spinoso compito di stabilire le "priorità" e cioè il modo migliore di investire le risorse disponibili. Una scommessa che, puntualmente, si ripete anno dopo anno, risolta sempre con i tristemente famosi "ripiani a piè di lista".

Da che cosa è determinata questa situazione?

Tale situazione è generata da una serie di fattori concomitanti: dall'invecchiamento della popolazione alla crescita del peso delle patologie croniche, dagli inadeguati investimenti nella prevenzione allo sviluppo di terapie più

Intervista a Gennaro Di Genova, presidente della Società italiana di telemedicina presentata in una conferenza organizzata recentemente alla sala stampa della Camera dei Deputati. Il ruolo delle aziende specializzate in questo settore nella collaborazione tra privato e Ssn

Gennaro Di Genova, presidente di Socitel



Nasce Socitel, Società italiana di telemedicina

La Società scientifica si propone come soggetto determinato a verificare e sperimentare le potenzialità offerte dal progresso scientifico-tecnologico in campo medico-sanitario suggerendo, attraverso dati, studi e standard operativi derivanti dalle sperimentazioni, riscontri per la valutazione dell'investimento in telemedicina

complesse, dall'aspettativa dei pazienti di una migliore qualità del servizio assistenziale alla mancanza di strumenti di controllo e di gestione necessari per l'analisi e la programmazione dei servizi da erogare. Per non parlare, poi, dell'eccessivo bisogno di autoaffermazione degli *stakeholder* e della scarsità di risorse finanziarie, conseguenza diretta anche dell'enorme debito pubblico che lo Stato ha accumulato.

Quali sono le finalità di Socitel?

Avvalendosi della capacità di esperti che operano nel settore della sanità, dell'economia sanitaria e dell'*Information Communication Technology* (ICT), la Socitel vuole facilitare l'accesso alle strutture sanitarie specialistiche ai pazienti distanti da ospedali e case di cura e collaborare con altre associazioni scientifiche, con imprese e con strutture sanitarie, sia pubbliche che private, allo scopo di elaborare progettualità che implementano telemonitoraggio, teleassistenza, teleconsulto, tele-didattica e tutti i potenziali servizi legati alla telemedicina.

Un programma ambizioso

E' per questo che diventa indispensabile collaborare con il ministero della Salute, con le Regioni, con le Aziende sanitarie locali ed altri organismi e

"PROGETTO ALBERTUS" E INSUFFICIENZA CARDIACA

Si tratta di un progetto per lo sviluppo di un modello organizzativo Asl/Azienda ospedaliera della Regione Umbria per lo sviluppo, il controllo e l'integrazione dei servizi di cura ed assistenza a distanza dell'insufficienza cardiaca ed il trattamento in 'home care', con questi, ambiziosi obiettivi:

- 1) creare un modello di infrastruttura tecnologica/informatica aperta all'implementazione delle possibili applicazioni della "telemedicina" che consenta l'analisi e l'elaborazione dei dati a livello clinico ed economico-sanitario alla direzione Asl/AO da realizzare nella Regione Umbria;
- 2) effettuare, nel contesto sopra descritto, una sperimentazione gestionale di un servizio di teleassistenza-telemonitoraggio-teleconsulto domiciliare su pazienti affetti da insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco cronico), articolata su una piattaforma di scambio dati tra MMG-Paziente-Ospedale-Asl/AO al fine di ottenere:
 - la diminuzione del numero di ricoveri/anno;
 - la diminuzione della durata della degenza;
 - la diminuzione degli accessi in Pronto Soccorso (non seguiti da ricovero);
 - la diminuzione delle riacutizzazioni;
 - il miglioramento della qualità della vita dei pazienti
- 3) il recupero funzionale, nell'ambito sperimentale, della tessera sanitaria per il riconoscimento digitale dell'identità sanitaria del paziente;
- 4) consentire all'assessorato alla Salute e alle Asl/AO la valutazione finale, clinica ed economico-amministrativa dell'attività svolta.

istituzioni sanitarie pubbliche, per elaborare linee guida utili alle applicazioni dei servizi di telemedicina; ma anche collaborare con associazioni ed organizzazioni impegnate nella tutela dei diritti dei malati, degli anziani e dei disabili allo scopo di elaborare progettualità che, per mezzo della telemedicina e della teleassistenza, producano un miglioramento della qualità di vita dei pazienti. Senza dimenticare che per questo

è indispensabile promuovere studi clinici, ricerche scientifiche finalizzate e rapporti di collaborazione con altre società ed organismi scientifici.

Come si realizzerà, in concreto, il vostro programma? Quali iniziative intendete avviare, e quando?

In questo contesto rientra il progetto che interesserà, dopo l'estate, cinque Asl del Lazio, che attiveranno un modello di sperimenta-

zione "teleassistenziale". Il progetto, innovativo nell'approccio terapeutico, diventerà la prima grande esperienza di "telecura" nel trattamento delle patologie croniche. Saranno interessati 1.000 pazienti cronici, 600 affetti da insufficienza respiratoria in BPCO e 400 da scompenso cardiaco, che saranno monitorati con apparecchiature telecollegate con i medici. L'iniziativa è stata presentata nel corso del convegno "La telemedicina nelle infrastrutture sanitarie" organizzato dalla nostra Società scientifica, cui hanno preso parte medici, politici e tecnici del settore.

Quali vantaggi, concretamente, possono venire dall'introduzione nelle strutture assistenziali del Ssn dall'E-care?

L'E-care può consentire un ingente risparmio economico per il Servizio sanitario nazionale e, allo stesso tempo, migliorare la qualità di vita dei malati. Per evitare l'affollamento delle strutture sanitarie occorre introdurre nuovi modelli assistenziali, che mettano a frutto le potenzialità offerte dal progresso tecnologico. La telemedicina è il primo fra questi, e bisogna – proprio a causa della scarsità di risorse disponibili – coglierne tutte le opportunità. •

SOCITEL - SOCIETÀ ITALIANA TELEMEDICINA
Via Otranto 36 – Roma 00192
Tel 06-3721691 fax 06 37511402
e-mail segreteria@socitel.it

LO SCOMPENSO CARDIACO IN UMBRIA

Lo scompenso cardiaco pesa sulla spesa sanitaria globale per percentuali variabili dall'1 al 2%. I principali determinanti dei costi di tale patologia sono: le ospedalizzazioni, che rappresentano la componente maggiore (nel 2003 sono stati dimessi da ricovero per insufficienza cardiaca e shock 197.818 pazienti ed il trend è in netto aumento – il DRG in questione è il DRG 127 il cui costo medio nazionale è di circa 3.000 euro), i farmaci, le visite ambulatoriali e i device.

Secondo l'Istat al 1 gennaio 2005 in Umbria la popolazione residente era di 859.938 unità. La letteratura scientifica dice che il 5% della popolazione – e quindi in regione circa 43.000 persone – è affetto, con diverso livello di gravità, da scompenso cardiaco. Lo studio statistico sui ricoveri ospedalieri del ministero della Salute riporta che nel 2003 in Umbria sono stati dimessi con la diagnosi di insufficienza cardiaca e shock 2.972 pazienti la cui degenza media risulta essere di 7,55 giorni.

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

Breve storia degli U.S.A. e getta

Col suo noto stile dissacrante, Giorgio Bertolizio affronta in quest'opera un tema di grande respiro: la storia degli Stati Uniti d'America. Le sue argomentazioni sono, come al solito, ben documentate e la sua penna sempre intinta nell'ironia.

Dopo una premessa sulla colonizzazione del Nord America, egli ripercorre i due secoli di vita di questa grande nazione col gusto di andare a scoprire i motivi nascosti che ne informarono le maggiori vicende militari, politiche ed economiche. I vari episodi sono visti da un'angolazione non ufficiale che apporta nuovi contributi alla conoscenza degli U.S.A. e nuove occasioni di meditazione sugli atteggiamenti filoamericani e antiamericani che si possono incontrare ad ogni piè sospinto qui in Italia.



Giorgio Bertolizio

"Breve storia degli U.S.A. e getta"

Edizioni Clandestine, Marina di Massa - pp. 197, € 13,00

Il dentista tra lavoro e vita

Tiziano Caprara affronta i problemi riguardanti il lavoro di un dentista, dalla conduzione dello studio al rapporto con il personale ausiliario e con i pazienti. Ogni argomento viene trattato anche nei particolari, sviluppando i vari punti in forma discorsiva e quasi romanzata per rendere più scorrevole e interessante seguire il filo del discorso.

Il rispetto degli orari, l'ascolto delle esigenze espresse e non espresse dal paziente, la programmazione degli appuntamenti, la gestione delle attese, l'attenzione alla comunicazione verbale e non verbale, la giusta considerazione dei reclami, i modi di condurre la trattativa economica sono le cose che stanno a cuore tanto al medico quanto ai suoi assistiti e trovano in questo libro delle soluzioni concrete e facilmente adottabili.



Tiziano Caprara

"Il dentista tra lavoro e vita"

www.promoden.it - pp. 165, € 38,00

Perché ci piace la musica

La musica accompagna l'umanità fin dai suoi albori e, benché abbia raggiunto uno sviluppo paragonabile a quello della matematica, nella sua complessità di significati emotivi ed evolutivi resta ancora una realtà sconosciuta.

Con questo lavoro Silvia Bencivelli si addentra nel mistero di quest'arte per fare il punto su ciò che la scienza è riuscita a dire riguardo alle motivazioni del piacere che ci arreca. Prendendo le mosse dalle più antiche testimonianze, spiega l'aspetto fisico e fisiologico della produzione e della ricezione del suono, passa in rassegna gli esperimenti che sono stati fatti dagli scienziati sui primati, i bambini e gli uomini adulti, le loro osservazioni sulla sensualità e sugli effetti dei diversi stili musicali, nonché le ipotesi del rapporto fra musica e linguaggio.



Silvia Bencivelli

"Perché ci piace la musica"

Sironi Editore, Milano - pp. 221, € 14,90

Libere di stare bene

Per le donne moderne che hanno sulle spalle la salute dei propri familiari e che non vogliono trascurare il loro benessere, questo lavoro di Lidia La Marca offre succinte, ma molto chiare informazioni. Interessante è la prima parte riguardante le regole igieniche e comportamentali per ritrovare e mantenere la salute del corpo e della mente, dove sono spiegate le norme da seguire relativamente all'alimentazione, all'esercizio fisico, al riposo e alla conservazione del buonumore. Segue poi un'ampia panoramica di argomenti riguardanti l'aspetto sanitario della prevenzione, delle visite e dei controlli cui sottoporsi nonché delle malattie alle quali sono facilmente soggette le donne. Particolare attenzione è rivolta anche alle dipendenze da farmaci, droghe e alcool.



Lidia La Marca

"Libere di stare bene"

www.edizioniadv.it - pp. 158, € 13,00

Un medico dentista racconta

Le memorie di Giuseppe Costa prendono il via dalla fine della Seconda Guerra Mondiale, quando, poco più che bambino notò quante persone d'età avanzata, ma anche giovani, avessero la bocca con pochi denti. Questo ricordo fece nascere in lui la volontà di dedicarsi interamente all'odontoiatria che allora veniva considerata una branca inferiore della medicina.

Parte interessante di questa storia è la descrizione di come veniva praticata negli anni cinquanta e sessanta l'odontoiatria, allora esercitata da molti dentisti abusivi.

Il modo in cui l'autore parla della sua professione testimonia lo spessore umano di un medico che, mirando in primo luogo alla salute dei propri pazienti, ha sempre curato di avere con loro un rapporto amichevole e di rispettosa comprensione.

I proventi delle vendite di questo libro saranno devoluti in favore dell'operazione Mato Grosso.



Giuseppe Costa

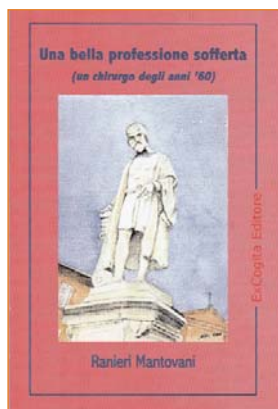
"Un medico dentista racconta"

Edizioni ETS, Pisa - pp. 95, € 10,00

Una bella professione sofferta

Venti episodi di realtà ospedaliera avvenuti tra il 1964 e il 1981 riassumono l'esperienza professionale di Ranieri Mantovani che ha lavorato nel pronto soccorso di diversi nosocomi italiani.

Nel sottolineare le diversità dei mezzi disponibili negli anni sessanta e quelli che si hanno ai nostri giorni, il libro pone in risalto quanto le possibilità di successo degli interventi chirurgici, soprattutto nei casi di urgenza, dipendano ancora da una rapida decisione del chirurgo, dall'esattezza della diagnosi e dalla perizia dell'operatore. Condizioni queste che lasciano sempre il medico cosciente in uno stato di sofferta partecipazione alle condizioni del paziente, una partecipazione che, di fronte agli insuccessi, può portare allo scontro anche il professionista più preparato.



Ranieri Mantovani

"Una bella professione sofferta"

www.excogitaeditore.it - pp. 87, € 9,80

In breve

Giorgio Brugaletta

DALLE PIETRE ANTICHE

La bellezza della natura e il mistero dell'universo assieme alla paura e alla disperazione che attanagliano l'animo umano sono la fonte ispiratrice delle liriche raccolte in questa opera prima. Diventa impellente trovare un percorso che porti alla felicità, ma, nel mondo dei sentimenti, da sempre immutato, il poeta non trova ancora risposte agli interrogativi della sua ricerca.

www.ilfiloonline.it

pp. 48, € 12,00

Diego Ponzin, Mauro Toniolo

COSE CHE NON ACCADONO MAI

Poesie e racconti scritti a quattro mani presentati dagli autori come un libro dedicato al desiderio di ciò che non si riesce a conquistare mai. I racconti, ben costruiti, si apprezzano per l'inventiva ed il contenuto didascalico. Le liriche, or meditate, ora improvvisate, si prestano alla soggettività dell'interpretazione.

www.cleup.it

pp. 187

Luigi De Simone

OLTRE LE NUVOLE

Un libro di appunti, osservazioni e meditazioni sulle esperienze fatte dall'autore nella vita e nella professione di neuropsichiatra e psicoterapeuta. Con questi scritti egli compie un viaggio nei meandri dell'animo umano oppresso dalla sofferenza, soccorso dalla speranza e allietato dalla gioia capace di sbocciare dove meno la si aspetterebbe.

I proventi del libro saranno devoluti all'Ualsi, che opera a favore dei soggetti disabili.

Alfredo Guida Editore, Napoli

pp. 169, € 10,50

Silvia Maina, Rossella Iannone

PUBBLICAZIONI MEDICHE - GUIDA ALLA SCRITTURA

Questo libro fornisce utili consigli a quegli autori che si apprestano a mettere per iscritto i risultati delle loro ricerche o della loro pratica clinica e suggerisce i criteri cui devono attenersi per rendere il loro lavoro più adatto ad essere ben accolto dai lettori, ma soprattutto dagli editori.

SEEd, Torino

pp. 121, € 15,00

Lorenzo Calvi

IL TEMPO DELL'ALTRO SIGNIFICATO

Descrizione delle operazioni fondamentali che vengono praticate nell'ambito dell'orientamento antropologico-fenomenologico d'ispirazione filosofica, che vuole trovare un suo posto per operare nel campo della psichiatria assieme alle dottrine più affermate quali la biologia, la farmacologia, la psicoanalisi e la psicologia cognitiva.

Mimesis, Milano

pp. 151, € 14,00

Ferrara

Cassazione e prescrizione di farmaci: il dottore paga per prescrizioni in eccesso

Con la sentenza 4390, depositata il 26 febbraio 2007, la Corte di Cassazione ha sentenziato che il medico di famiglia che prescrive ad un paziente affetto da patologia cronica farmaci a carico del Ssn, per un periodo superiore a tre mesi deve risarcire l'Asl.

Difatti la possibilità di prescrizione di farmaci per un periodo di tre mesi, costituisce già un'eccezione a regole ben più restrittive e la prescrizione al di fuori delle condizioni e limitazioni previste dalla legge e dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco, ivi compresa quella eccedente i tre mesi, costituisce violazione di legge.

La ratio del divieto di prescrizione ultratrimestrale, va ravvisata nel bilanciamento fra l'interesse pubblico (contenimento della spesa farmaceutica e di conseguenza del debito pubblico) e l'interesse privato del paziente, affetto da patologia cronica, e dei suoi famigliari di limitare il ricorso al medico di famiglia per la prescrizione dei farmaci a somministrazione continua.

Inoltre, la necessità di definire un limite temporale è "variamente giustificato dalla possibilità di introduzione di nuove terapie, diminuzione del prezzo del medicinale, morte del paziente".

È possibile consultare integralmente la sentenza sul sito dell'Ordine alla voce Lex: www.ordinemedicife.it/

Forlì-Cesena

Comunicato stampa

L'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Forlì-Cesena, venuto a conoscenza delle condizioni di disagio in cui si trovano ad operare i medici ospedalieri dell'Azienda sanitaria di Forlì, legate alla grave carenza di personale ed alla quantità eccessiva di ore lavorative straordinarie che sono chiamati a fornire per il buon funzionamento della struttura, sente il dovere di manifestare alla cittadinanza ed alle autorità la propria preoccupazione per le possibili conseguenze sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

Infatti il nuovo Ospedale Morgagni è diventato, secondo il ministero della Salute ed i mass media, un modello di riferimento nel panorama nazionale, sia per l'organizzazione che per le tecnologie adottate, richiamando un rilevante afflusso di pazienti da altre realtà territoriali regionali ed extraregionali. A norma della Carta Costituzionale e del Codice di deontologia medica, il cittadino ha il diritto di scegliere liberamente il medico ed il luogo di cura. Il Codice di deontologia medica afferma inoltre con chiarezza che il medico ha il dovere di non assumere impegni professionali che comportino eccesso di prestazioni, ed è tenuto ad esigere ogni garanzia strut-

turale ed organizzativa nell'ambiente di lavoro, al fine di garantire la sicurezza del malato, la qualità e l'equità delle prestazioni. L'Ordine dei medici non intende intervenire nella specifica e contingente dialettica sindacale, ma come garante delle norme deontologiche della professione medica ha il dovere di schierarsi in difesa dei colleghi in caso di violazione delle stesse a loro danno. L'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Forlì-Cesena si augura che l'attuale condizione di disagio lavorativo trovi al più presto soluzione, al fine della miglior tutela della salute dei cittadini nel rispetto della dignità e dell'indipendenza della professione medica.

Venezia

Definizione europea dell'Atto medico

Il Consiglio dell'Uems (Union Européenne des médecins specialist) riunito a Budapest il 3-4 novembre 2006, ha adottato la definizione europea di Atto medico.

"L'Atto medico comprende tutte le azioni professionali, vale a dire le attività scientifiche, didattiche, formative ed educative, cliniche, medico tecniche compiute al fine di promuovere la salute e il buon funzionamento, prevenire le malattie, fornire assistenza diagnostica o terapeutica e riabilitativa a pazienti, gruppi o comunità nel quadro del rispetto dei valori eti-

ci e deontologici. Tutto ciò rientra nei doveri del medico iscritto (cioè abilitato e iscritto all'ordine dei medici) o deve avvenire sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione".

Vicenza

"Dottore, dove ho messo la mia memoria?

Non ricordo..."

Lo svolgimento del tema Nazionale "Dottore, dove ho messo la mia memoria? Non ricordo..." ha visto la partecipazione di un pubblico numeroso quale non si vedeva da molto tempo. La dott.ssa Paola Dudine, neurologa, responsabile della Stroke Unit, del reparto di Neurologia dell'Ospedale S. Bortolo, la dott.ssa Michela Marcon, neurologa presso lo stesso reparto, e la dott.ssa Lucia Meligrana, neuropsicologa, hanno trattato l'argomento, ciascuna in relazione ai propri approfondimenti di studio e alla propria esperienza, in maniera comprensibile anche ai non addetti ai lavori.

Il dott. Gianni Valerio, Direttore del reparto di Geriatria dello stesso ospedale, ha affrontato gli aspetti pratici del problema. Ha riservato spazio all'analisi del ruolo del "care giver", lo stress che deriva dall'assistenza alle persone affette da demenza vascolare e da demenza di Alzheimer.

Questo è un tema che andrebbe ulteriormente analizzato e approfondito nei suoi aspetti sociali.

Rimini

Graduatoria regionale definitiva di medicina generale per il 2007

E' stata pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 20 dell'8 febbraio, parte terza, la graduatoria regionale definitiva per medici di medicina generale per l'anno 2007.

È consultabile anche su www.saluter.it. Per informazioni: Assessorato politiche per la salute Regione Emilia-Romagna, tel. 051. 6397294-6397293; dgrossi@regione.emilia-romagna.it, odorici@regione.emilia-romagna.it.

Catania

Solidarietà dell'Ordine al medico aggredito

L'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Catania esprime la propria solidarietà al collega vittima lo scorso 9 marzo di un'aggressione nell'ambulatorio del quartiere San Cristoforo dove espletava la sua professione. Una solidarietà che si accompagna al plauso per il comportamento rigorosamente aderente alla deontologia della professione medica che non consente il rilascio di ricette che non siano corrispondenti alla diagnosi accertata in piena autonomia dal medico. L'Ordine, inoltre, sottolinea con ammirazione il pronto intervento sia degli altri assistiti che sono accorsi in difesa del medico, segno di un apprezzamento professionale e di una

stima umana che il collega si è saputo conquistare con il proprio lavoro, che della polizia apprezzandone la tempestiva e risolutiva azione.

Vercelli

Andi

Cari Colleghi, il nuovo Codice deontologico che avete ricevuto in questi giorni al vostro domicilio, oltre a contenere i tradizionali precetti deontologici, si occupa in modo specifico di "Pubblicità dell'informazione sanitaria" e qui Vi invito a leggere bene il testo dove si specifica che il soggetto della pubblicità è l'informazione non la figura diretta del medico.

Anche se poi alcune interpretazioni vorrebbero l'Ordine una figura secondaria priva di poteri, ritengo fin d'ora di anticipare che per decoro della professione e quindi dei pazienti e di noi stessi vigileremo che quanto stabilito dal Codice deontologico e dalla Legge venga rispettato.

Vi sarà a Roma un incontro per meglio definire alcuni passaggi delle nuove norme e, quando avremo stabilito una certa uniformità interpretativa, organizzeremo un evento culturale.

Intanto invito i Colleghi a tradurre nella quotidianità quella alleanza terapeutica tra Medico e Paziente, che costituisce l'essenza dell'esercizio professionale e della libera professione, e di cui il nuovo Codice Deontologico è ispiratore e tutela.

Alberto Libero

Frosinone

Importante tesserino regionale

Si ricorda a tutti gli iscritti che la Legge Regionale n. 23 dell'aprile '93 prevede l'istituzione di un tesserino per i medici e gli Odontoiatri. Per i Colleghi che ancora non avessero provveduto, pubblichiamo il testo della disposizione tuttora in vigore. Legge Regionale 27/4/1993, n. 23 (BUR Lazio n. 13 parte I del 10/5/93)

Art.1 1. Al fine di tutelare il cittadino e di reprimere il fenomeno dell'abusivismo è istituito il tesserino personale di identificazione per i sanitari obbligatoriamente iscritti nei relativi albi professionali.

Art.2 1. Il Medico Chirurgo e l'Odontoiatra che esercitano la propria attività professionale presso studi, ambulatori o strutture sanitarie organizzate, debbono esporre, in maniera visibile, il tesserino di identificazione di cui all'art.1.

Art.3 1. Il tesserino personale di identificazione viene predisposto e rilasciato dagli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri di appartenenza. Il tesserino deve essere munito di una foto recente del titolare e deve, inoltre, riportare le relative generalità, nonché il numero relativo all'iscrizione all'albo professionale di appartenenza ed ogni altra indicazione che renda facilmente accertabile la legittimazione all'esercizio della professione sanitaria.

2. Compete all'Ordine provinciale sovrintendere al corretto uso del predetto tesserino.

Brescia

I cittadini scrivono

Montichiari, 21 febbraio 2007

Gentile Presidente,

mi scuso per la carta rigata, ma ci vedo poco. La ringrazio dell'interessamento.

La Dott.ssa xy meriterebbe un riconoscimento da parte dell'Ordine per tutto il bene che sa trasmettere ai malati di tutte le età. Presenta senso di disponibilità, umanità, premura, scrupolosità e professionalità nell'ambito del suo non facile esercizio. È capace di recarsi in Ospedale alle 7 del mattino, per portare conforto e serenità ai suoi ricoverati. Non ha orario, in ambulatorio (da notare che non è mio medico di base).

Una dottoressa veramente encomiabile.

Con profonda stima La saluto

Lettera firmata

Appropriatezza della prescrizione e consumo dei farmaci

di Claudia Furlanetto

Parlare di farmaci in un giornale dedicato ai medici potrebbe persino sembrare ovvio. Invece no, perché questa volta l'argomento non è illustrativo ma didattico. Spieghiamoci. Ricondurre in un unico contesto il quadro complessivo del consumo dei farmaci in Italia, erogati sia attraverso farmacie pubbliche e private sia attraverso strutture di ricovero e cura e istituti di riabilitazione pubblici, è l'importante novità della settima edizione del Rapporto OsMed, l'Osservatorio sui farmaci dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), presentato nel mese di giugno, presso l'Istituto Superiore di Sanità a Roma.

La spesa farmaceutica territoriale totale, che comprende la prescrizione territoriale e quella delle strutture sanitarie, distribuzione diretta inclusa, ha raggiunto lo scorso anno i 23 miliardi di euro con un carico per il Servizio sanitario nazionale pari al 75%.

La quota di spesa privata è diminuita del 3,8%, mentre la spesa pubblica per i farmaci di classe A è rimasta invariata rispetto al 2005. Le quantità di farmaci prescritti continuano invece ad aumentare raggiungendo un incremento del 7,3 %.



I provvedimenti adottati dall'Aifa nel corso dell'anno hanno portato ad una riduzione dei prezzi del 6,9% determinando l'andamento della spesa pubblica.

Come è stato sottolineato durante la presentazione, le diverse modalità di erogazione in funzione di diverse classi di rimborsabilità hanno accentuato la complessità del settore. Ma non solo. L'adozione da parte delle Regioni di diverse strategie di erogazione per gli stessi farmaci ha fatto emergere il rischio di un trattamento iniquo nei confronti dei cittadini.

Le scelte adottate dalle amministrazioni regionali perseguono l'obiettivo del contenimento della spesa, certamente importante in un sistema dalle risorse limitate, ma che potrebbe mettere in secondo piano l'aspetto fondamentale dell'appropriatezza d'uso – un tema centrale, di cui l'Aifa ha ribadito l'importanza già nel-

le scorse edizioni del Rapporto. Quest'anno, grazie alla collaborazione della Società italiana di medicina generale (Simg), proprio in relazione al problema, è stato possibile valutare le modalità di prescrizione dei farmaci nella medicina generale in un insieme selezionato di patologie sulla base di possibili indicatori di appropriatezza: la valutazione ha fatto emergere la possibilità di poter migliorare la qualità della prescrizione attraverso campagne di informazione rivolte ai medici.

I dati

Nel 2006 le dosi di farmaco prescritte a carico del Sistema sanitario nazionale sono state 857 ogni mille abitanti. Nel complesso, ogni abitante ha ricevuto in media 29 confezioni di farmaci di cui 16 a carico del

Ssn e 13 acquistate privatamente. Per quanto riguarda le prescrizioni si rileva che sette persone su dieci ne hanno ricevuta almeno una nel corso dell'anno. La spesa ed il consumo aumentano con l'età: un assistibile con oltre 75 anni ha una spesa di 12 volte superiore a quella di una persona con età compresa tra 25 e 34 anni. La popolazione con più di 65 anni assorbe circa il 56% della spesa ed il 61% delle dosi.

I farmaci del sistema cardiovascolare, come lo scorso anno, sono i maggiormente prescritti con un aumento dell'8,1% rispetto al 2005 e rappresentano circa un quarto dell'intera spesa; seguono quelli del sistema gastrointestinale (+11,1%) e quelli ematologici (+12,4%).

Il sottogruppo a maggior spesa, 1121 milioni di euro, con un aumento del 22% delle dosi, è rappresentato dagli inibitori di pompa protonica. Anche gli antagonisti dell'angiotensina II, da soli o in associazione con i diuretici, fanno registrare importanti aumenti sia in termini di spesa che di dosi; una crescita rilevante si è riscontrata anche per gli antiepilettici e i bifosfonati, utilizzati per la prevenzione dell'osteoporosi. Nel mercato dei farmaci a brevetto scaduto si riscontra un leggero aumento: oggi rappresenta il 13,7% della spesa territoriale netta ed il 25,3% delle quantità. •

Il Rapporto OsMed 2006 è disponibile in formato .pdf sul sito dell'Aifa: www.agenziafarmaco.it nella sezione "Attività editoriale"



AVVISO PER I MEDICI E LE SEGRETERIE ORGANIZZATIVE

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



Neuroinfettivologia

Montefiore dell'Aso (Ascoli Piceno), 21 settembre, Polo Culturale San Francesco

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott. E. Alfonsi, dott. C. Paci, dott. R. Gobbato

Segreteria Organizzativa: Sig.ra Maria Rega tel. 0735 793655, e-mail: gobbato.r@libero.it

Ecm: verranno richiesti crediti per medici

Riparazione tessutale

Napoli, 27-29 settembre, Hotel delle Terme, Agnano, Napoli

Direttore: Francesco Petrella

Coordinatore: Giuseppe Nebbioso

Informazioni: Segreteria Organizzativa - Eubea s.r.l., Via M. Pietravalle 11, 80131 Napoli

tel./fax: 081 5456125, sito web: www.eubea.it, e-mail: info@eubea.it

Ecm: è stato richiesto l'accreditamento al ministero della Salute

Self help diagnostico in pediatria ambulatoriale

Scario (Salerno), 20-23 settembre, Hotel Torre Oliva

Tematiche:

oculistica: screening ambliopia, riflesso rosso, strabismo

ortopedia: piede piatto, scoliosi, postura, screening neonatale ipoacusie

otorino: impedenziometria, otoscopia pneumatica

Informazioni: Segreteria Scientifica - dott. A. Improta, dott. B. Rea, dott. L. Articolo c/o C.I.Pe. Campania, Piazza Cavour 152, Napoli, tel. 333 4357742, e-mail: cipecampania@virgilio.it

Segreteria Organizzativa:

Abc Events, e-mail: Abc.events@libero.it, fax: 02 700431361, Sig.ra Lina cell. 3312331698

Università degli studi di Udine - ALPI Associazione Allergie e Pneumopatie Infantili

Asma difficile

Udine, 20 Ottobre, sala conferenze Ospedale civile S.M. Misericordia

Destinatari: allergologi e pneumologi, pediatri ospedalieri, pediatri e medici di famiglia

Informazioni: Segreteria Scientifica e Organizzativa

Mario Canciani, Mattia Guerra, Ingrid Toller

Dipartimento di Patologia e Medicina Sperimentale Clinica

Clinica di Pediatria, Policlinico Universitario, P.le S.M. Misericordia, 33100 Udine

tel. 0432 559244/1, fax 0432 559258, e-mail: mario.kanzian@med.uniud.it, serv.allpneumo@med.uniud.it

Ecm: verranno concessi 9 crediti formativi

Programmazione neurolinguistica & comunicazione

Roma, Circolo Montecitorio, Via Campi Sportivi 5

Obiettivi: allargare le proprie capacità percettive; diventare più consapevoli delle proprie capacità di ascolto e d'attenzione; capirsi e capire chi ci circonda; conoscere le convinzioni limitanti e come superarle

I modulo: Alla scoperta di sé 29-30 settembre

II modulo: Il mondo e le sue sfaccettature 20-21 ottobre

III modulo: Oltre i limiti 24-25 novembre

IV modulo: Linguaggio del cambiamento 15-16 dicembre

Informazioni:

Earth - European Agency for Relationship and Training Holistic

Piazza Mazzini 27, Roma

tel./fax: 06 37512389, cell. 328 6146431

e-mail: paola.mei@alice.it, terebrun@tin.it

sito web: www.earth-nlp.com, e-mail: info@earth-nlp.com

E.c.m.: 50 crediti formativi accreditati



Seminari di medicina e chirurgia cardiovascolare della Magna Graecia

Fibrillazione atriale

Campus di Germaneto, 23 luglio, aula h, livello 2, Catanzaro

Coordinatore: prof. A. Gnasso

Moderatori: dott. N. Peccerillo, dott. S. Salituri

Argomenti: trattamento chirurgico della fibrillazione associata a cardiopatia- ablazione transcatetere con mappaggio intracavitario-esperienza dell' umg- aritmie ipercinetiche atriali: riconoscimento elettrocardiografico da parte dell' infermiere

Informazioni: Segreteria Scientifica/Organizzativa

dott. Francesco Cirillo, e-mail: cirillocz@libero.it, cell. 339 4495968, tel. 0961 3647115, fax: 0961 3647142

Congresso della Società europea di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Bridging The Gaps

Integrating perspectives in child and adolescent mental health

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

Presidente: prof. Ernesto Caffo

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

Informazioni: Segreteria Scientifica

Università di Modena, Cattedra di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Via Emilia Est 421, 41100 Modena, tel. 059 4223052, fax: 059 4222275

Segreteria Organizzativa: A.S.P.I.A - Associazione per lo studio in psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Via dei Giudei 6, 40126 Bologna, tel. 340 3631931, e-mail: cristina.uzzo@escap-net.org

Sito web: www.escap-net.org

Ecm: è stata attivata la procedura per l'accreditamento

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

Incontrarsi per camminare insieme

Giornate mediche di Vibo Valentia

San Nicola da Crissa (Vibo Valentia), 1-4 agosto

convegno congiunto

Presidente: Manuel A. Castello

Responsabile Scientifico: Francesco Martino

Argomenti: dermatologia, vaccinazioni, tumori

Informazioni:

Responsabile Scientifico e Segreteria Scientifica

prof. Francesco Martino, Viale Regina Elena 324, 00161 Roma

tel./fax: 06 49979272, e-mail: francesco.martino30@tin.it

Segreteria Organizzativa: md studio congressi snc, tel. 0432 227673, fax: 0432 220910, Via Roma 8, 33100 Udine e-mail: info@mdstudiocongressi.com, sito web: www.mdstudiocongressi.com

Bioetica

Dobbiaco, 20-30 agosto

Direttore: prof. Ignazio Carrasco

Insegnamenti: bioetica generale, fondamenti etico-filosofici della bioetica, lineamenti di antropologia per la bioetica, bioetica e sessualità umana, bioetica e procreazione umana, questioni di bioetica clinica, etica dei trattamenti, bioetica e ricerca scientifica

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Anver, Via del Forte Tiburtino 98/110, Roma, tel. 06 4070789, fax 06 4076279 e-mail: anver@mclink.it

Ecm: 50 crediti

Società italiana di psichiatria

Percorsi di cura e qualità: utenti e famiglie

Pietra Ligure, 7 settembre, aula magna Ospedale S. Corona

Corso di addestramento per medici, psicologi, infermieri delle strutture riabilitative della Liguria

Informazioni: Mamberto srl, Viale Italia 97, 19124 La Spezia, tel. 0187 778336



Nutrizione clinica

Levico Terme (Trento), 13-14 settembre, Palalevico

Alcuni argomenti: grande obesità, ulcere da pressione, anoressia nervosa, malattie neurologiche croniche degenerative

Informazioni: Segreteria Scientifica: U.O.S. Dietetica e Nutrizione Clinica, Ospedale S. Chiara Trento, dott. Antonio Costa, dott. Carlo Pedrolli, dott. Dario Beltramolli, d.ssa Laura Falzolgher

Segreteria Organizzativa: Orikata organizzazione congressi, tel. 0461 824326, fax 0461 824251
e-mail: orikata@orikata.it, sito web: www.orikata.it

Leprologia

Il Corso di Leprologia organizzato congiuntamente da Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau (AIFO), Centro Interdipartimentale di ricerca sulla lebra (CIRLEP) dell'Università di Genova e Ospedale San Martino di Genova, è giunto alla XVI edizione. Il corso coordinato dal prof Enrico Nunzi, prevede crediti formativi Ecm per medici ed infermieri e si terrà a Roma presso l'Arciconfraternita di S. Omobono dal 15 al 16 settembre

Informazioni: ulteriori informazioni sul corso sono disponibili sul sito www.aifo.it
sig.ra Felicita Veluri, tel. 051 4393228, e-mail: felicita.veluri@aifo.it

IX Basic experimental course of microsurgery

Ferrara, 30 settembre - 2 ottobre

I Advanced experimental course of microsurgery

Ferrara, 2-3 ottobre

Informazioni: Segreteria Scientifica

d.ssa Chiara Bianchini, dott. Matteo Geminiani, dott. Marco Candiani

Clinica Otorinolaringoiatrica, Az. Ospedaliera Universitaria S. Anna

Corso Giovecca 203, 44100 Ferrara, tel. 0532 236383, fax 0532 247709, e-mail: orl@unife.it

Segreteria Organizzativa

MCR, P.zza Sacratì 39, 44100 Ferrara, tel. 0532 242418, fax 0532 213560, e-mail: mcrferrara@libero.it

L'ipnosi nel controllo del dolore

Milano, 6-7 ottobre, 10-11 novembre, 15-16 dicembre, 12-13 gennaio 2008

C.so Magenta 61, centro congressi Fondazione Stelline

Direttore: prof. G. De Benedittis

Corso monotematico, "full-immersion", della durata di otto giornate (50 ore), distribuite in quattro week-end, destinato a coloro che, avendo già una formazione professionale adeguata, medica o psicologica, desiderano approfondire elettivamente l'uso dell'ipnosi nel settore specifico

Informazioni: prof. G. De Benedittis, Centro per lo studio e la terapia del dolore, Università di Milano, Policlinico, Via F. Sforza 35, 20121 Milano, tel. 02 55035518 (ore 11.30-12.30), 02 55033624

fax 02 55035518, e-mail: giuseppe.debenedittis@unimi.it

R.M. Società di Congressi s.r.l., Via C. Menotti 11, 20129 Milano,

tel. 02 70126308, fax 02 7382610, e-mail: info@rmcongress.it

Congresso Società di ortopedia e traumatologia dell'Italia centrale

Patologia dell'articolazione femoro rotulea

fratture del femore e del ginocchio

Campobasso, 13-14-15 settembre

Presidenti: prof. Alfredo Schiavone Panni, dott. Pancrazio La Floresta

Gli ortopedici dell'Italia centrale si confronteranno nel 67° congresso

Sotic sul trattamento di alcune delle patologie dell'arto inferiore, di più frequente riscontro

I diversi argomenti verranno discussi in tavole rotonde, dando ampio spazio al confronto tra le diverse esperienze

Informazioni: Segreteria Scientifica

e-mail: pancrazio.lafloresta3@tin.it

Segreteria Organizzativa: Atena s.r.l., Consulenza & Servizi

Contrada Colle delle Api, 86100 Campobasso

e-mail: ares@micso.net, tel. 0874 698458, fax: 0874 64607



Fisiopatologia cervico-vaginale colposcopia e malattie a trasmissione sessuale

Ascoli Piceno, 24-27 settembre, salone dei convegni, complesso fieristico della Camera di Commercio

Coordinatore: dott. Mario Peroni

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Etrusca Conventions, Perugia, tel. 075 5722232, e-mail: info@etruscaconventions.com

Azienda Usl di Ferrara

Infezioni ospedaliere e gestione del rischio

Comacchio (Ferrara), 28 settembre, Palazzo Bellini

Presidente Segreteria Scientifica: Mauro Martini

Coordinatore Organizzativo: Antonio Di Giorgio

Informazioni: Segreteria Organizzativa - Direzione sanitaria Ospedale di Comacchio (Referente: Monia Baldi)

tel. 0533 310698, fax: 0533 310700, e-mail: monia.baldi@ausl.fe.it - **Ecm:** richiesto accreditamento Ecm

Istituto di formazione in osteopatia e in posturologia-Associazione Chinesis

Terapia miofunzionale posturologica

Roma, 8 - 9 e 22 - 23 settembre, Villa Eur, P.le Marcellino Champagnat 2

Docenti: dott. Antonio Ferrante, prof. Fabio Scoppa

Ecm: evento accreditato - n° crediti: medici 27 - fisioterapisti 27 - odontoiatri 25

Informazioni: Segreteria didattica

tel. 06 97274138, e-mail: info@chinesis.org, associazionechinesis@tin.it, sito web: www.chinesis.org

Vaccinazioni

Ferrara, 26 settembre-30 novembre

Calendario attività

I° modulo: 26-27-28 settembre - II° modulo: 28-29 settembre - III° modulo: 24-25-26 ottobre

IV° modulo: 26-27 ottobre-28-29 novembre - V° modulo: 29-30 novembre

Direttore: prof. Giovanni Gabutti

Informazioni:

prof. Giovanni Gabutti, Dipartimento di medicina clinica e sperimentale

Sezione di igiene e medicina del lavoro

tel. 0532 291568, 0532 455568, fax 0532 205066, e-mail: giovanni.gabutti@unife.it;

d.ssa Alessandra Cavallaro, Sezione di igiene e medicina del lavoro

tel. 0532 291374, 0532 455374, fax 0532 205066, e-mail: alessandra.cavallaro@unife.it,

Via Fossato di Mortara 64/b - 44100 Ferrara

Informazioni di carattere amministrativo: ufficio post-laurea, Via Scienze 41, Ferrara

(altaformazione@unife.it)

Responsabile dell'ufficio post-laurea: dott.ssa Silvia Gherardi

Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo"

Ipnositerapia

28-29 settembre, 26-27 ottobre, 23-24 novembre, 14-15 dicembre 2007

11-12 gennaio, 15-16 febbraio, 7-8 marzo 2008

Programma: neurofisiologia dell'ipnosi, tecniche di induzione, ipnosi classica, ipnosi ericksoniana, principi di psicoterapia ipnotica, ipnosi e stati di coscienza, ipnosi e pnl, tecniche di rilassamento, autoipnosi. L'ipnosi in medicina psicosomatica, in medicina interna, nella preparazione al parto, in pediatria, in sessuologia, l'ipnosi in oncologia, nelle dipendenze (tabagismo, alcolismo, binge eating), in psicoterapia, regressione d'età

Informazioni: Segreteria Scientifica

L. Merati, Centro di Medicina Psicosomatica A.O. "San Carlo Borromeo", Via Pio II° 3, 20153 Milano,

tel. 02 40222863, e-mail: luisa.merati@psicosomatica.scarlo.org

Segreteria Organizzativa: sig.ra Roberta Iovino, tel. 02 48700436, 02 4048435, fax 02 48715301,

e-mail: info@psicosomatica.scarlo.org

Ecm: accreditamento ecm

Malattia coronarica: con o senza angioplastica?

Uno studio che ha coinvolto più di duemila pazienti
con un'evidenza obiettiva di ischemia miocardica
e una significativa malattia coronarica

di Giorgio Spagnolo (*)

È una domanda che molti di noi si ponevano da tempo e che ci viene riproposta oggi, con la consueta autorevolezza, dal New England (N Eng J Med 356: del 15.04.2007) attraverso i dati di un recente studio (COURAGE: Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation) volto a verificare se l'angioplastica unita ad una terapia medica ottimale può ridurre il rischio di mortalità e di infarto miocardico non fatale nei pazienti con malattia coronarica stabile in misura eguale o superiore alla sola terapia medica ottimale. Da notare che nel Nord America, come del resto anche da noi, negli ultimi anni il ricorso all'angioplastica è

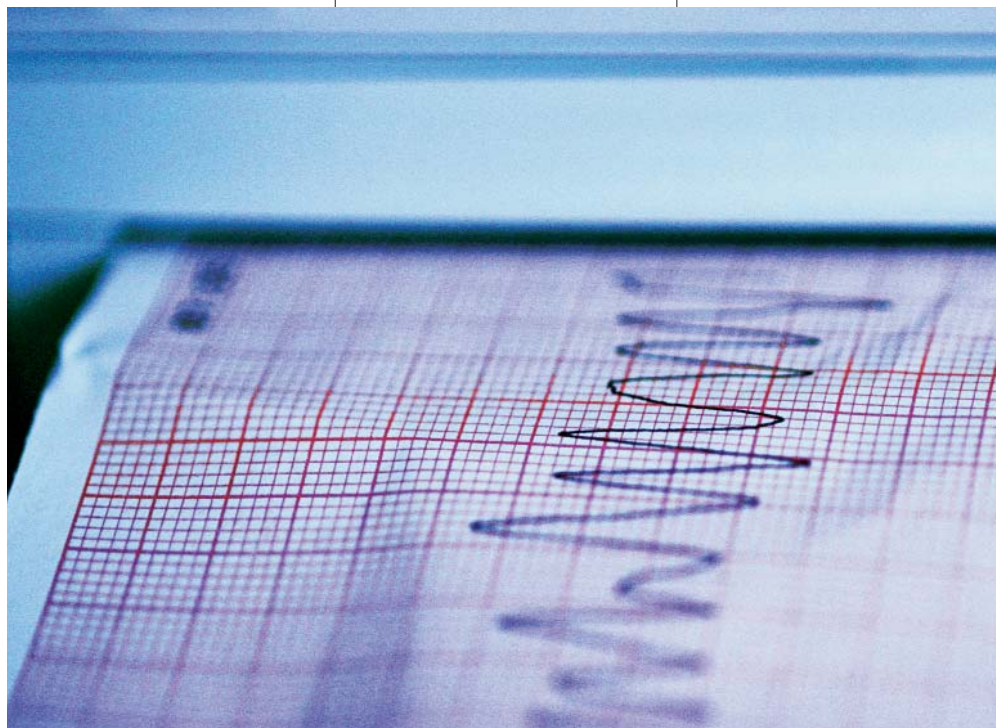
divenuto comune nella gestione del paziente con malattia coronarica stabile, anche se le linee guida invitano ad iniziare con una terapia medica, con la riduzione dei fattori di rischio e con un intervento sugli stili di vita.

Lo studio COURAGE ha coinvolto 2287 pazienti con un'evidenza obiettiva di ischemia miocardica ed una significativa malattia coronarica, afferenti in 50 Centri degli

Stati Uniti e del Canada fra il giugno 1999 e il gennaio 2004. Di questi pazienti, 1149 sono stati, in modo randomizzato, sottoposti ad angioplastica + terapia medica ottimale, e 1138 alla sola terapia medica ottimale. Come end point principale è stato considerato il decesso per tutte le cause e l'infarto miocardico non fatale durante un periodo medio di follow-up di 4,6 anni, e come end point secondario

l'evento composito di decesso, infarto del miocardio, stroke e ospedalizzazione per angina instabile con biomarkers negativi. Tutti i pazienti erano sotto terapia antiaggregante con aspirina e clopidogrel se intolleranti all'aspirina. I pazienti sottoposti ad angioplastica hanno assunto aspirina e clopidogrel in accordo con le linee guida. La terapia antischemica includeva in entrambi i gruppi metoprololo long acting, amlodipina, isosorbide mononitrato da soli o in associazione, lisinopril o losartan come prevenzione secondaria. Inoltre tutti i pazienti hanno assunto una terapia aggressiva per abbassare i livelli di colesterolo HDL (simvastatina da sola o in associazione con

**Il destino
della chirurgia
coronarica
dopo l'avvento
degli stent
medicati**



Nella malattia coronarica le soluzioni devono scegliersi caso per caso

ezetimibe). Gli eventi primari registrati durante i 4,6 anni sono risultati 211 (pari al 19%) nel gruppo con angioplastica e 202 (pari al 18,5%) nel gruppo terapia medica, come pure non è stata registrata una differenza significativa tra i due gruppi considerando il decesso, l'infarto miocardico e lo stroke (20% vs 19,5%), o il solo infarto del miocardio (13,2% vs 12,3%). In conclusione il ricorso all'angioplastica + terapia medica ottimale come strategia iniziale nei pazienti con malattia coronarica stabile **non ha ridotto** il rischio di decesso, di ischemia del miocardio o di altri eventi cardiovascolari maggiori. Gli AA hanno infine evidenziato alcune limitazioni del loro studio, tra cui la preponderanza del sesso maschile, la mancanza di una diversità delle etnie e l'utilizzo di stent non medicati, perché l'utilizzo di questi ultimi nell'impiego clinico è stato approvato solo negli ultimi 6 mesi dello studio e questi devices sono stati applicati solo ad alcuni pazienti. A questo punto sorge in noi una nuova domanda:

cambierà il destino della chirurgia coronarica **dopo** l'avvento degli stent medicati? Essi hanno indubbiamente trasformato in misura rilevante il trattamento della malattia coronarica rendendo possibile l'angioplastica in situazioni complesse e modificando di conseguenza il ruolo della cardiocirurgia. Se infatti fino a pochi anni fa molti pazienti erano indirizzati all'intervento di bypass perché l'angioplastica presentava un rischio troppo elevato di restenosi, oggi lo stent medicato riduce la restenosi a livelli minimi e rende quindi l'angioplastica una vera alternativa alla cardiocirurgia, della quale rappresenta addirittura un utile sostituto nei pazienti che, per l'età avanzata o per patologie concomitanti, presentano un rischio operatorio troppo elevato. Ci sentiamo quindi autorizzati a concludere che le indicazioni all'angioplastica ed al bypass variano continuamente e che certamente il futuro ci riserverà ulteriori sviluppi, ma che tuttavia nel trattamento della malattia coronarica la soluzione debba ancora oggi essere scelta caso per caso senza lasciarsi condizionare da facili entusiasmi per i trattamenti meno invasivi. •

(*) *Presidente della Consulta Enpam degli specialisti convenzionati esterni*

È nata "Metica"

Un'associazione che sostiene il diritto alla salute delle persone maggiormente "fragili"

In Italia alcune stime sostengono che 1.200.000 nuclei familiari si trovano nell'area della fragilità e non riescono ad esercitare il proprio diritto all'assistenza sanitaria. Per contribuire alla comprensione di questo fenomeno è stata costituita l'associazione "Metica" Onlus presieduta dal presidente dell'Ordine dei medici di Roma Mario Falconi. "L'Associazione - spiega Falconi - intende sostenere iniziative volontarie e non profit a favore dei soggetti fragili finanziando appositi progetti mirati alla creazione ed erogazione di servizi socio-sanitari per le fasce più deboli e meno dotate di risorse". L'11% delle famiglie povere, sottolinea il presidente di Metica, registra un 1,3% di ulteriore impoverimento annuo per bisogni di assistenza sanitaria, anche a causa di spese esorbitanti proprio per motivi di salute. In sostanza, la grave fragilità causa ogni anno un incremento del 10% di poveri effettivi. Si assiste inoltre ad un divario sempre maggiore fra le regioni italiane per quanto concerne la durata della vita media. Secondo l'associazione, a subire più discriminazioni nell'accesso alla sanità sono



gli anziani soli, le persone non autosufficienti, i malati di gravi patologie psico-fisiche, gli immigrati, i nuovi poveri e le famiglie che devono convivere con una o più di queste cause di fragilità. Tra i fondatori, oltre a Falconi, i giornalisti Mario Pirani e Luciano Onder, l'ex Ragioniere dello Stato Andrea Monorchio, il segretario dei medici di famiglia del Lazio Pier Luigi Bartoletti, la conduttrice di programmi di salute Daniela Rosati. •

Tra coloro che subiscono più discriminazioni gli anziani che vivono soli



QUAL È IL TERMINE PER LE DOMANDE?

Illustre Presidente,

ho iniziato l'attività lavorativa nel 1973 come medico condotto e, contestualmente, come medico convenzionato per la Medicina generale e sono tuttora in servizio pur avendo maturato il diritto alla pensione come dipendente. Nel 2004 ho finito di pagare il riscatto degli anni di laurea come ex-condotto (come è noto il nostro è un ruolo ad esaurimento). Gradirei sapere: l'ammontare della pensione come dipendente (dovrei rivolgermi all'Inpdap?) al compimento del 65° anno d'età; l'ammontare della pensione Enpam (Fondo generale) per cui, pur avendone diritto, non mi sono avvalso della possibilità di contribuzione ridotta; l'ammontare della pensione Enpam (Fondo medici di Medicina generale) al compimento del 65° anno di età e al 70°, visto che l'attuale convenzione lo consente, valutando anche l'ipotesi della conversione in capitale del 15% maturato. Infine, qual è il termine utile per la presentazione delle rispettive domande?

Lettera firmata

Caro Collega,

ti confermo, anzitutto, che ogni quesito di natura previdenziale inerente l'attività professionale svolta in qualità di medico condotto dovrà essere rappresentato presso la sede Inpdap di competenza, dove confluiscono i contributi relativi all'esercizio di tale attività.

Ciò premesso, ti comunico che sulla posizione in essere presso il Fondo medici di Medicina generale dell'Enpam, risultano accreditati a tuo nome contributi, a decorrere dal mese di maggio 1973, per un importo pari ad euro 168.477,36, sulla base dei quali sono state determinate le richieste proiezioni pensionistiche. Ipotizzando la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del Ssn al compimento del 65° anno di età, percepiresti una rendita pensionistica quantificabile in circa euro 2.600,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, l'indennità, al lordo delle ritenute fiscali, ammonterebbe ad euro 56.000,00 circa e il trattamento pensionistico, lordo mensile, sarebbe pari ad euro 2.200,00 circa.

Qualora decidessi di protrarre lo svolgimento della medicina generale fino al compimento del 70° anno di età, l'ammontare lordo mensile della rendita pensionistica è quantificabile in circa euro 3.300,00. In caso di trattamento misto, l'indennità in capitale sarebbe pari a circa euro 60.000,00 lordi e la pensione mensile, al lordo delle ritenute fiscali, ammonterebbe ad euro 2.800,00 circa.

Per quanto riguarda, invece, il trattamento di quiescenza che percepirai a carico del Fondo di previdenza generale al compimento del 65° anno di età, ti informo che la rendita è quantificabile in circa euro 240,00 lordi mensili. Nel merito, ti preciso che previa comunicazione da far pervenire presso gli Uffici della Fondazione entro il 31 dicembre dell'anno precedente al compimento del 65° anno di età, hai facoltà di proseguire la corresponsione del contributo minimo obbligatorio presso la "Quota A" del suddetto Fondo fino al compimento del 70° anno di età, incrementando, conseguentemente, l'ammontare della pensione.

Per quanto concerne il termine utile per la presentazione delle rispettive domande, ti comunico che le stesse, complete della do-

cumentazione necessaria, dovranno essere inoltrate successivamente al compimento del 65° anno di età ovvero dopo il raggiungimento dei requisiti prescritti dalla normativa vigente per il collocamento a riposo.

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

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E P



HO SMARRITO I PROSPETTI DEI CONTRIBUTI

Egregio dottor Parodi,

sono un medico di Medicina generale che svolge attività di medico di base. Mi sono laureato nel 1973, non ho riscattato gli anni di laurea e non rintracciando più i prospetti dei contributi da me versati nei primi anni di attività ti chiedo: potrò andare in pensione prima del compimento del 65° anno di età? In caso affermativo quando? E, approssimativamente, a quanto ammonterebbe la pensione, ipotizzando di mantenere una situazione contributiva come quella attuale?

Ti ringrazio e ti invio cordiali saluti.

Lettera firmata

Caro Collega,

le norme regolamentari attualmente in vigore, prevedono che

il trattamento pensionistico ordinario possa essere riconosciuto anche all'iscritto che cessi dal rapporto professionale con gli Istituti del Ssn dopo il compimento del 58° anno di età, purché egli abbia maturato un'anzianità contributiva effettiva, riscattata e/o ricongiunta, non inferiore a 35 anni. È necessario, inoltre, aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia da almeno 30 anni.

Per quanto riguarda la tua posizione previdenziale, ti informo che presso il Fondo medici di Medicina generale risultano accreditati contributi, a decorrere dal mese di aprile 1975, per un importo pari ad euro 121.573,23. Nel merito, ti preciso che i versamenti accreditati a tuo nome presso il Fondo in parola risultano a carattere continuativo soltanto a decorrere dall'anno 1981. Raggiungerai, pertanto, i 35 anni di contribuzione effettiva nel marzo 2013, successivamente al compimento del 65° anno di età. In assenza di eventuali riscatti, non ti sarà quindi possibile anticipare la cessazione dell'attività professionale rispetto al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico.

Ipotizzando il tuo pensionamento al compimento del 65° anno di età, la rendita che percepiresti a carico del Fondo medici di Medicina generale è quantificabile in circa euro 1.900,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità, al lordo delle ritenute fiscali, pari a circa euro 42.000,00 e un trattamento pensionistico, lordo mensile, di circa euro 1.600,00.

Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, gli importi indicati potrebbero subire variazioni. È pertanto opportuno che tu proceda,

prima della cessazione del rapporto in convenzione, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente all'erogazione della pensione, al fine di accertare sia la sussistenza del diritto che la misura della prestazione. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione. Colgo l'occasione per salutarvi cordialmente.

E P



VORREI PROTRARRE L'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Illustre Presidente,
compiendo i 65 anni tra pochi mesi gradirei che mi venisse comunicato l'importo della pensione a tale compimento. Sono laureato dal 1975. Effettuato nel 1976 breve servizio ospedaliero, ho ricevuto l'incarico di medico scolastico presso un Comune e dall'ottobre dello stesso anno l'incarico a tempo indeterminato di medico igienista presso lo stesso Comune. Sempre nel '76 ho avuto la convenzione Inadel, Enpas, Inam, etc. Nel 1982 ho dato le dimissioni da medico igienista optando per la convenzione di medico di Medicina generale. Decidendo di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, mi è stato detto che devo inoltrare domanda al compimento del 64° anno di età. Rispondendo ciò a verità, qual è la prassi da seguire? Volendo protrarre lo svolgimento dell'attività professionale per esempio sino al compimento del 70° anno, come devo comportarmi? Posso ottenere quest'anno il 15% della pensione maturata e protrarre lo svolgimento dell'attività professionale oltre il 65° anno?

Grazie e distinti saluti.

Lettera firmata

Caro Collega,
in via preliminare ti rappresento che sulla posizione accesa a tuo nome presso il Fondo medici di Medicina generale risultano accreditati contributi, a decorrere dal mese di giugno 1976, per un

importo pari ad euro 164.056,14. Nel merito, ti preciso che la contribuzione relativa ai periodi di attività professionale svolti presso il Comune in qualità di medico scolastico e igienista, è presumibilmente in giacenza presso l'Inpdap. Ti consiglio, pertanto, di richiedere al predetto Istituto un estratto conto che ti consenta di verificare l'accreditamento e di valutare l'opportunità di attivare, ai sensi della legge 45/1990, la procedura di ricongiunzione. Riguardo alla richiesta proiezione pensionistica, ti comunico che ipotizzando la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del Ssn al compimento del 65° anno di età, l'ammontare lordo mensile della pensione che percepiresti, è quantificabile in circa euro 2.300,00. Se optassi per la conversione in capitale del 15% della rendita maturata, ti verrebbe erogata una indennità, al lordo delle ritenute fiscali, pari ad euro 51.000,00 circa; in tal caso il trattamento pensionistico mensile ammonterebbe a circa euro 1.900,00 lordi. Ti preciso che le vigenti norme regolamentari riconoscono all'iscritto la facoltà di convertire in capitale il 15% della pensione maturata all'atto della cessazione dell'attività convenzionata. Ove richiesta, l'indennità in capitale viene, infatti, erogata contestualmente alla rendita pensionistica. Relativamente alle modalità di presentazione della domanda, ti informo che la stessa, completa della documentazione necessaria, deve essere inoltrata successivamente al raggiungimento dei requisiti prescritti per l'accesso al trattamento di quiescenza; nel tuo caso, quindi, dopo il compimento del 65° anno di età. Per quanto attiene alla eventuale prosecuzione dello svolgimento dell'attività professionale fino al compimento del 70° anno di età, ti preciso che tale scelta dipende esclusivamente dalle tue valutazioni e che non comporta alcun vincolo nei tuoi confronti. Per quanto concerne, invece, il versamento del contributo minimo obbligatorio conseguente al-

la iscrizione all'albo professionale di categoria, potrai richiedere, entro il 31 dicembre 2007, di proseguire la corresponsione fino al compimento del 70° anno di età. In assenza di comunicazioni al riguardo, al compimento del 65° anno, maturerai il diritto a percepire il trattamento pensionistico erogato a carico della "Quota A" del Fondo di previdenza generale, potendo comunque decidere di protrarre lo svolgimento in convenzione della medicina generale per un ulteriore quinquennio.

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

Cordiali saluti

E P



DESIDERO DUE PROIEZIONI PENSIONISTICHE

Caro Presidente,
prossimo all'accettazione dell'attività lavorativa, desidererei conoscere due proiezioni pensionistiche rispettivamente al compimento del sessantottesimo e settantesimo anno di età. Sono medico di Medicina generale, ho riscattato i sei anni di laurea, svolgo attività professionale dal 1978.

Caro Collega,
sulla base dei contributi accreditati a tuo nome presso il Fondo medici di Medicina generale, pari ad euro 104.262,32, i competenti Uffici della Fondazione hanno provveduto a calcolare le richieste proiezioni pensionistiche. Ipotizzando la cessazione dell'attività professionale svolta in

convenzione con gli Istituti del Ssn al compimento del 68° anno di età, la rendita pensionistica che percepiresti a carico del suddetto Fondo è quantificabile in circa euro 1.800,00 lordi mensili. Nel caso scegliesti di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità, al lordo delle ritenute fiscali, pari a circa euro 36.000,00 e una pensione, lorda mensile, di circa euro 1.500,00.

Qualora decidessi di proseguire l'esercizio della medicina generale fino al compimento del 70° anno di età, il trattamento pensionistico che percepiresti ammonterebbe a circa euro 2.000,00 lordi mensili. Se optassi per un trattamento misto, l'indennità in capitale sarebbe pari a circa euro 37.000,00 lordi e la rendita pensionistica mensile, ammonterebbe a circa euro 1.700,00 al lordo delle ritenute fiscali. Tali importi potranno essere aumentati attraverso il riscatto di allineamento contributivo, relativamente al quale gli Uffici provvederanno ad inviarti, a breve, la lettera di proposta. L'adesione parziale ti consente infatti di indicare, sulla base delle tue valutazioni, l'incremento pensionistico desiderato. Nel merito, ti informo che qualora decidessi di aderire anche parzialmente al riscatto in parola, il relativo onere dovrà essere estinto prima della decorrenza della pensione.

Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. È pertanto opportuno che tu proceda, prima della cessazione del rapporto in convenzione, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente alla erogazione della pensione, al fine di accertare l'effettiva misura della prestazione. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione. Colgo l'occasione per salutarvi cordialmente.

E.P.

Presentato all'Enpam il libro su Parodi

Gianni Letta, Bruno Tucci, l'Autore Giuliano Crisalli e l'editore Mario Bottaro, di fronte a una sala gremita di personalità, hanno analizzato la lunga intervista che vuole raccontare una "vita da medico"



Bruno Tucci, presidente dell'Ordine dei giornalisti del Lazio e Molise, ha preso la parola per presentare al pubblico che gremiva il salone dei convegni dell'Enpam il libro-intervista "Eolo Parodi, vita da medico". Gli erano al fianco Gianni Letta che ha scritto la prefazione, l'Autore, Giuliano Crisalli, l'editore Mario Bottaro e, non certo ultimo in ordine d'importanza, Eolo Parodi. La platea, attenta e partecipe, annoverava illustri personaggi della politica, dell'economia e della medicina. In prima fila il Sen. Giulio Andreotti, il segretario generale onorario del Quirinale, Gaetano Gifuni e, a fianco, il già Ragioniere generale dello Stato Andrea Monorchio, il ministro degli Interni del governo Berlusconi Giuseppe Pisanu, numerosi parlamentari tra i quali Angelo Sansa, Luigi Grillo, Giuseppe Palumbo, Domenico Di Virgilio e il presi-

dente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici e Odontoiatri Amedeo Bianco con l'ex presidente Danilo Poggiolini.

Gianni Letta (applauditissimo) ha esordito ricordando che nella nostra esistenza c'è sempre la figura di un medico "che tutti conserviamo gelosamente, con gratitudine e nostalgia, insieme a quella degli affetti familiari più cari". Per Gianni Letta quella di Crisalli a Parodi è una lunga appassionante intervista... "un racconto brioso, interessante e vivo condotto sul filo della memoria. Ricco di episodi e aneddoti anche divertenti ma denso, al tempo stesso, di spunti e di indicazioni su cui interrogarsi e riflettere". A ruota, l'editore Mario Bottaro: "Ho accettato questo libro a scatola chiusa. Per me erano sufficienti i due nomi in copertina: l'uno maestro di giornalismo, l'altro di Sanità". La parola è passata a Crisalli che ha raccontato

qualche altro aneddoto sulla vita di Parodi, ampliando episodi contenuti nel libro. Una breve, stringata, spiritosa rivisitazione dell'amico Eolo. Infine è toccato a lui. Al professor Parodi. Mentre lampeggiavano le macchine fotografiche e la scena veniva ulteriormente illuminata dalle lampade delle televisioni, il professore, come suo solito, s'è presentato con il "volto nuovo" che mostra da una vita. Ha salutato gli ospiti illustri (particolare affetto per il senatore Andreotti) con parole di stima, ma soprattutto di amicizia.

Ha espresso pensieri gentili per tutti e ringraziamenti sinceri per la prova d'affetto che gli stava tributando il pubblico che mai così numeroso aveva affollato il salone e le sale limitrofe dell'Enpam. Mentre il "presidentissimo" parlava, su due grandi schermi "sfilavano" le foto della sua vita: Papi, presidenti della Repubblica, medici, grandi personaggi europei. Ancora una volta Eolo Parodi era in buona compagnia giustificando il "grazie Eolo" di Gianni Letta.

*Libro edito da "Redazione s.r.l." Via SS. Giacomo e Filippo 19/6, 16122 Genova
info@e-redazione.it
www.e-redazione.it*



Eolo Parodi



Gianni Letta



Bruno Tucci



Mario Bottaro



Giuliano Crisalli



a cura dell'avv.
Pasquale Dui (*)

La semplice comunicazione verbale non servirebbe ad escludere la responsabilità del medico per eventuali incidenti causati "con certezza" dall'effetto collaterale del farmaco.

Questo in sostanza il principio fissato dalla sentenza della Quarta Sezione Penale della Corte di Cassazione n. 1025 del 17 gennaio 2007, in relazione ad un farmaco che, inducendo sonnolenza, avrebbe provocato un colpo di sonno in un paziente che dopo il trattamento si era messo alla guida.

La Suprema Corte si è pronunciata in merito alla condanna, sia in primo che in secondo grado, di un medico del pronto soccorso dell'ospedale di Gorizia, che aveva somministrato ad un paziente cardiopati-

**Nesso di causalità
tra assunzione
del farmaco
e incidente
stradale**

Somministrazione di farmaci con effetti collaterali

Il medico è obbligato ad indicarli per iscritto sul foglio di dimissioni. Lo ha stabilito la IV sezione penale della Corte di Cassazione

co un tranquillante senza avvertirlo della necessità di non mettersi alla guida per almeno dodici ore, considerato che il medicinale, come possibili effetti collaterali, poteva causare il colpo di sonno.

Nel caso di specie dopo la somministrazione del tranquillante, una fiala di EN da 5 mg, il paziente si era messo alla guida della sua auto e, quando erano trascorse circa cinque ore dal momento del trattamento, aveva invaso la corsia opposta e nell'investire un'altra auto aveva riportato gravi lesioni.

In entrambi i gradi di giudizio di merito è stato ritenuto sussistere il nesso di causalità tra l'assunzione del farmaco e l'incidente ed è stata, quindi, ritenuta la colpa del medico per il mancato avvertimento circa gli effetti del sedativo. La semplice comunicazione verbale non è stata sufficiente ad escludere la responsabilità del medico in quanto quel particolare effetto collaterale doveva risultare dal foglio di dimissioni.

Anche la Cassazione ha ritenuto doveroso per il medico l'avvertimento circa

gli effetti del farmaco somministrato sulle capacità di guida e quindi l'opportunità di non mettersi immediatamente al volante.

Il Collegio ha precisato che "La serietà della possibile compromissione della capacità di guida risulta infatti chiaramente dal foglio illustrativo del medicinale, riportato nella sentenza impugnata che, per il caso di terapia endovenosa, suggerisce che i pazienti non siano dimessi se non

**La semplice
comunicazione
verbale
non ha escluso
la responsabilità**

accompagnati e prescrive che siano informati che non devono mettersi alla guida per tutta la giornata o almeno nelle 12 ore successive alla somministrazione". •

(*) del Foro di Milano



Il 10 ottobre l'Oral Cancer Day

I dentisti dell'Andi effettueranno
visite di controllo gratuite



Il tumore del cavo orale (che può interessare gengive, lingua, tessuti molli della bocca) è l'ottava forma tumorale più diffusa al mondo.

I fattori di rischio fondamentali sono il fumo e l'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche. In particolare, l'associazione di entrambi i fattori espone a un rischio di ammalarsi oltre 20 volte più alto rispetto a quello di un non fumatore-bevitore.

In Italia colpisce ogni anno 6mila persone con un tasso di mortalità a 5 anni di oltre il 70%. E chi riesce a sopravvivere spesso deve sottoporsi a interventi estremamente invasivi e con scarse soluzioni protesiche disponibili, in particolare per la mancanza di centri specializzati.

La diagnosi precoce è dunque fondamentale, perché garantisce uno standard di sopravvivenza dell'80%, consentendo interventi meno invasivi.

La disinformazione, spesso, impedisce ai soggetti a rischio di sottoporsi a visite periodiche che potrebbero evitare l'insorgere di complicanze molto più gravi.

Attraverso la campagna Oral Cancer Day l'Andi, grazie al contributo attivo dei 20mila dentisti iscritti, vuole cercare di sensibilizzare i cittadini sul problema. Ma non solo attraverso l'Oral Cancer Day, i dentisti Andi effettueranno durante il mese della prevenzione dentale ed in particolare nella giornata del prossimo 10 ottobre, visite di controllo gratuite per la diagnosi di queste neoplasie. La diagnosi precoce è eseguibile tramite un'ispezione di 5 minuti della mucosa orale durante la quale si valuta se c'è la presenza o meno di lesioni sospette. Nel caso siano presenti, i pazienti verranno indirizzati per ulteriori accertamenti a centri specifici, che possono essere sia dipartimenti delle Asl territoriali dedicate alla patologia orale, sia reparti di cliniche universitarie. I dati dello screening verranno poi raccolti e pubblicati in uno studio.

Prima azione dell'Oral Cancer Day è la sperimentazione già in atto di un test salivare che permette di individuare le tipologie di Papilloma Virus indice di una possibile degenerazione tumorale di una lesione della mucosa. •

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

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

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Tel. 06 48294814 - Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

OTTIMIZZAZIONE

Claudia Furlanetto: Tel. 06 48294534

email: c.furlanetto@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

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

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno: Tel. 06 48294890

email: archivio.giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - ablestock.com

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche

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

tel: 059 312500 - fax: 059 312252

email: centralino@coptip.it

MENSILE - ANNO IX - N. 6 DEL 22/06/2007

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



Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

06.4829.4829

06.4829.4444 (fax)

e-mail: sat@enpam.it



Al servizio degli iscritti

- 1) Il presidente Giorgio Napolitano ed il prof. Eolo Parodi ricordano i tempi in cui erano membri del Parlamento Europeo
- 2) Il vice presidente Giampiero Malagnino stringe la mano al presidente della Repubblica. Al centro il vice presidente vicario Mario Falconi
- 3) Il presidente del Collegio sindacale, Ugo Vevanzio Gaspari, porge i suoi saluti al Capo dello Stato
- 4) Il direttore generale dell'Enpam, Alberto Volponi, subito dopo la consegna al presidente della Repubblica della medaglia che ricorda i 70 anni dell'Ente

