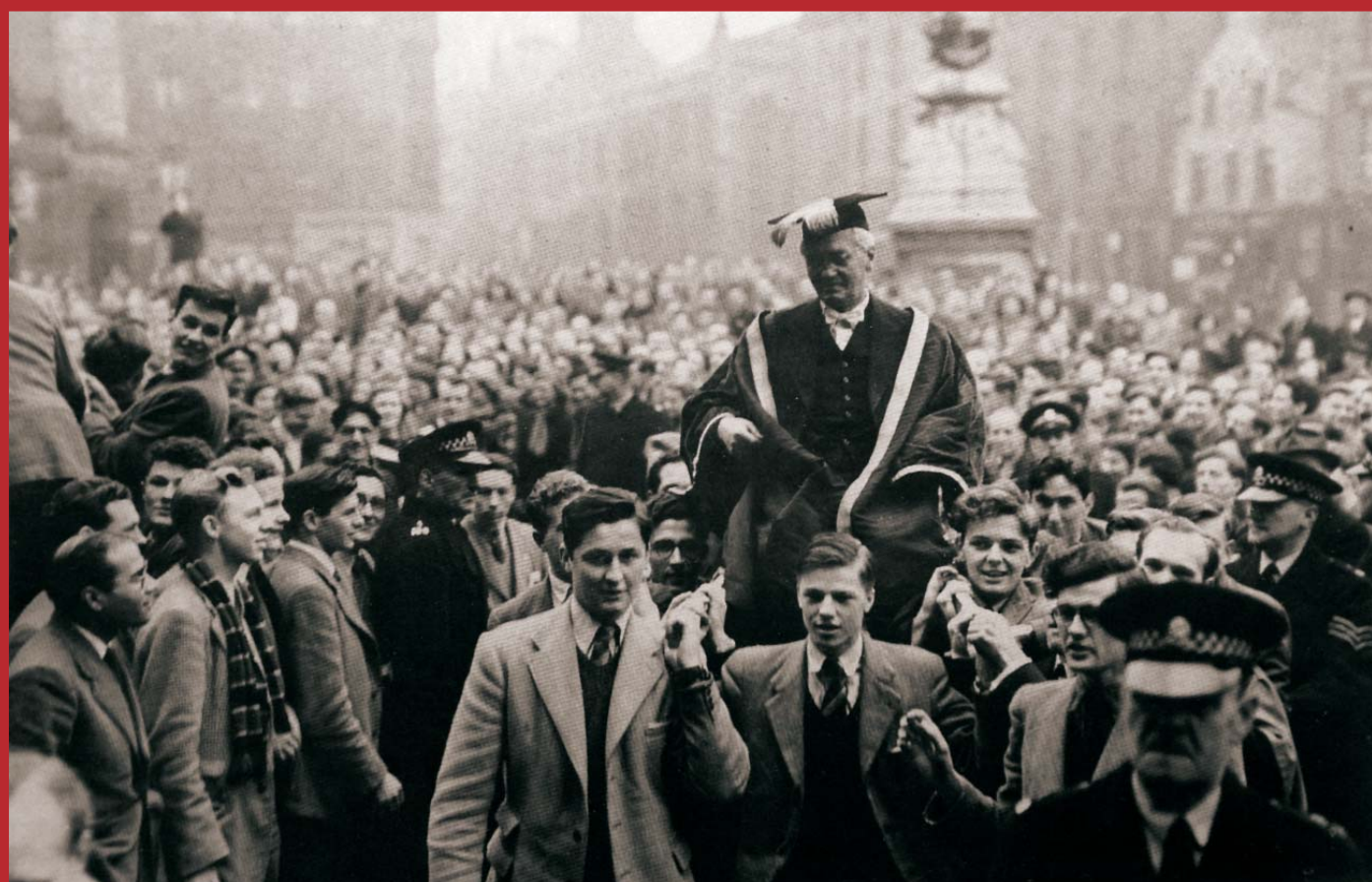


IL GIORNALE DELLA **Previdenza** dei Medici e degli Odontoiatri



Alexander Fleming viene portato in trionfo dagli studenti dell'Università di Edinburgo dopo la nomina a Rettore nel 1951

PREVIDENZA

**Un lungo
capitolo
sulle pensioni**

3

ASSICURAZIONE

**Proroga
della polizza
al 31 luglio**

24

ENPAM

**Insediamiento
dell'organismo
di vigilanza**

64

PARODI

**Il 5 per mille
all'Enpam
per l'assistenza**

1

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

- 1** Ancora una volta...
- 2** Fuori i mercanti dal nostro tempio
- 3** La protesta dei pensionati
- 4-5** Quando il pensionato "tira la cinghia"
- 6-7** A che punto siamo con il futuro?
- 8-9** Conoscere meglio l'Enpam
- 10** Svalutazione: se vivere è sopravvivere
- 11-13** Dichiarazione dei redditi
- 14-15** L'intervista/1: il Morbo di Hansen
- 16-17** L'intervista/2: Anestesiologia
- 18-19** L'intervista/3: Perizia psichiatrica
- 20-21** La Scuola di Crotone
- 22-23** Portare aiuto dove c'è bisogno
- 24-26** Polizza sanitaria Enpam
- 27** Un serpente che non fa paura
- 28-29** "Drogarsi" di Internet
- 30-31** Sveglia... a comando
- 32** Accadde a... luglio
- 33-37** Congressi, convegni, corsi
- 38-39** Scienza e mistero in televisione

- 40-41** Telemedicina
- 42** "M'amo non m'amo"
- 43** Obesità malattia sociale
- 44** Cedro d'Oro ad "Attivecomeprima"
- 45** In editoria
- 46-47** Recensioni libri
- 48-49** Vita degli Ordini
- 50** Mostre ed esposizioni in Italia
- 51** Un laser che "spia" l'arte
- 52** Cinema, il dottor Shepherd
- 53** Musica, Leonard Bernstein
- 54-55** In viaggio a Budapest
- 56** Breve storia della Fitoterapia
- 57** Fiori: angoli di paradiso
- 58** Olimpiadi e Medicina del turismo
- 59** Ricerca, dipendenza da alcol
- 60-61** Lettere al Presidente
- 62** Filatelia
- 63** L'avvocato
- 64** Nuovo organismo di vigilanza



Foto di copertina

Alexander Fleming viene portato in trionfo dagli studenti dell'Università di Edimburgo in occasione della sua nomina a Rettore. La scoperta della penicillina, il primo antibiotico della storia, è datata 1928 e valse a Fleming l'appellativo di "salvatore dell'Umanità" e - insieme a E. B. Chain e H.W. Florey - il Premio Nobel 1945 per la Medicina. Fleming commentò con queste parole la sua scoperta: "Se quel giorno fossi stato di cattivo umore avrei buttato quella coltura". Morì nel 1955 ed il suo corpo riposa nella St. Paul Cathedral di Londra, vicino a quello del Horatio Nelson e del duca di Wellington.



Ancora una volta...

di Eolo Parodi

Io so benissimo che affronto un problema di eccezionale interesse per la nostra Fondazione: è forse una delle cose più belle che sono riuscito a fare in questa legislatura. So altrettanto bene che sto provocando quanti di voi spesso scrivono e dicono: “Avete tanti soldi. Avete dei grossi avanzzi di gestione. Prendete tanti soldi a tutti noi e non date niente!...”

È l'ora di finirla perché non è vero! È stato dimostrato che il nostro è l'Ente che ha i contributi più bassi in confronto a pensioni che sono superiori alla media.

So benissimo che l'euro vale ormai 1000 delle vecchie lire e perciò non può più gratificare nemmeno le spese casalinghe; so benissimo

che tanti colleghi, insieme a me, prendono 110 euro, in media di pensione al mese, ma godono, come me, di una pensione Inpdap perché sono stato ospedaliero per 40 anni. È vero, purtroppo, che essendo stato ospedaliero a tempo definito, anche la mia pensione è di scarso valore.

Vi chiederete tutto questo discorso dove va a parare? La risposta è facile. L'Ente Enpam deve fornire anche assistenza ai suoi iscritti. Abbiamo però dei limiti di spesa che ci sono stati imposti. Non riusciamo perciò più ad accorrere in soccorso di tanti medici, di tante famiglie, di tanti superstiti.

Quelli che come noi hanno voluto e dovuto conoscere questo muro del pianto, dovevano intervenire; le leg-

gi, però, non ci permettevano di usare i fondi dell'Enpam al di sopra di tetti predisposti.

Ancora una volta, allora, abbiamo cercato di risolvere il problema in un'altra maniera. Siamo riusciti ad essere una Fondazione che può avvantaggiarsi non solo sui medici, ma su tutti gli italiani, della facoltà di ricevere il 5 per mille scelto autonomamente nel momento in cui ognuno di noi paga le imposte.

Noi riteniamo che questo 5 per mille possa essere la fonte della speranza per tanti medici e familiari e superstiti che soffrono l'indigenza. Tutto ciò che riceveremo sarà soltanto adoperato per l'assistenza e ne risponderemo di fronte a tutti.

Se l'operazione andrà in porto, se capirete che io Presidente, che mi ritengo un giovanissimo di tarda età, cerco di dare e non di prendere, potremo portare aiuto, grazie a provvedimenti adeguati che renderemo pubblici scrivendo, proprio su questo giornale, ciò che facciamo, come lo facciamo e per chi lo facciamo.

Credo che questa possibi-

tà che abbiamo ottenuto con grande fatica rappresenti un momento di orgoglio per la categoria. Non possiamo però, lo ribadisco, utilizzare tali contributi se non per l'assistenza. Aiutare significa aprire la porta anche a chi potrà a sua volta aiutarci. Per tante giuste finalità.

Ancora una volta, vi chiediamo di darci una mano versando il 5 per mille.

Ancora una volta, affrontiamo chiunque per una finalità che è speranza di vita.

Ancora una volta, vogliamo essere “insieme” ad aiutare il futuro di tutti.

Se volete e se, “una tantum”, vorrete continuare a credere in noi, aiutate i più deboli dandoci una mano! •



Per devolvere il 5 per mille all'Enpam il contribuente deve firmare la propria dichiarazione dei redditi (CUD, 730, Unico) nello spazio riservato alle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, ed indicare nella riga sottostante il seguente codice fiscale: **80015110580. I soggetti non obbligati alla presentazione della dichiarazione dei redditi devono consegnare il modello CUD, compilato come sopra, in banca o in Posta, in busta chiusa con la dicitura 5 per mille.**



di Mario Falconi (*)

Ci sono momenti in cui un medico con responsabilità ordinistiche e previdenziali è tentato di alzare entrambe le mani: di arrendersi insomma. La notizia pubblicata dai giornali e dalle televisioni sulla clinica privata milanese, subito definita “degli orrori”, ci pone, ancora una volta, di fronte a una realtà che è poco definire paurosa.

Dietro questo ennesimo scandalo non ci sono solo medici corrotti ma un sistema, che denunciato da anni, che si nasconde troppo spesso dietro l'apatia, l'indifferenza, la dissuasione e una volontà ferrea di impotenza. La meritocrazia è diventata un optional tenuto in scarsa considerazione e il sistema dei controlli è del tutto insufficiente e inadeguato.

**Molti medici
italiani
lavorano senza
la dovuta
tranquillità**

Fuori i mercanti dal nostro tempio

Non voglio certo auspicare soluzioni di “casta”, ci mancherebbe altro: chi ha commesso orrori e giudicato colpevole, sia punito con durezza, senza infingimenti, ma a noi, spettatori di questo ennesimo scempio della professione, spetta anche il compito di cercare la causa di ogni malaffare che coinvolge la medicina. E allora continuiamo ad alzare il tiro su chi “spadroneggia e lottizza”. Se la politica rinobilitasse se stessa ritirandosi dall'occupazione dei posti che non le sono propri, se fosse realmente presente nel nostro Paese una strutturale rete informatica ta-

le da mettere in evidenza, in tempo reale, ogni anomalia o disfunzione del complesso intero sistema, forse riprenderemmo a correre e non rischieremmo di essere sempre il fanalino di coda dell'Europa che conta. Lo ripeto: lungi da noi suggerimenti velleitari, questa vita professionale la viviamo accanto ai nostri colleghi, giorno dopo giorno e possiamo ben proclamare, unitamente al nostro presidente Eolo Parodi, che la stragrande maggioranza dei medici italiani, preparati ed onesti, è purtroppo vittima di questa mancanza di regole che li costringe ad operare senza la do-

vuta tranquillità e molto spesso in condizioni di assoluta precarietà.

Qui mi riaggancio agli interventi sul Giornale della Previdenza relativi ai medici precari. Una situazione assurda nella quale vengono coinvolti i giovani appena affacciati alla nostra difficile professione. Il loro scoramento, riconosciuto ma non “curato” come si dovrebbe, ci porta a un doveroso irrigidimento delle nostre azioni. Per chiarezza, certo, ma anche per onestà.

Allora, dure prese di posizione contro chi infanga la professione e ci espone al ludibrio della pubblica opinione. Ma anche un serio richiamo a chi usa la Sanità come un trampolino di lancio per i propri “trionfi” politici. Rifacciamo i conti sedendoci a un tavolo dove gli interlocutori non nascondano assi nella manica; perché se è vero che la medicina è anche, o soprattutto un'arte, l'“avversario” deve conoscerne limiti e canoni. Diversamente rischiamo di essere ancora per troppo tempo testimoni di vergognose tragedie.

Fuori i mercanti dal nostro tempio. Dentro devono rimanere i camici bianchi. Immacolati. •

(*) Vice presidente
vicario Enpam





La protesta dei pensionati

Eumenio Miscetti, presidente della Federspev, auspica forme di lotta per superare la “gravissima ingiustizia giuridica e sociale”

Eumenio Miscetti è un medico che da anni dirige, dopo averla presa per mano, la Federazione nazionale sanitari pensionati e vedove, meglio conosciute con la sigla Federspev. Dopo aver presieduto l'assemblea annuale svoltasi a Perugia dal 25 al 27 maggio, il dottor Miscetti ha voluto ancora una volta ricordare la protesta dei sanitari pensionati italiani e dei loro superstiti che vogliono richiamare l'interesse del Governo a

risolvere la gravissima situazione di ingiustizia giuridica e sociale che si è venuta a creare in questi ultimi anni e per la quale le pensioni hanno subito una decurtazione del loro potere di acquisto di più del 50% in media. “Possiamo pure non riportare i dati e le statistiche in proposito - ha dichiarato Miscetti - dati che, finalmente interessano anche i mezzi di comunicazione. La situazione è reale. È necessario frenare la continua svalutazione del potere di acqui-

sto delle nostre pensioni di Sanitari. Tre gravi provvedimenti, in questi ultimi quindici anni, sono stati presi e hanno causato ulteriore perdite di valore delle pensioni:
a) l'abolizione dell'aggan-

**Frenare
la continua
svalutazione
del potere
di acquisto
delle pensioni**

cio delle pensioni alla dinamica salariale nel 1992 faticosamente strappata dai Sindacati negli anni precedenti;

b) la mancata corrispondenza nella sua interezza e per tutte le categorie dei pensionati delle quote Istat che sono state decurtate in maniera pesante in base all'entità della pensione;

c) l'immediata soppressione della norma della Legge 335/95 che ha decurtato le pensioni di reversibilità in presenza di redditi del percipiente. È una norma iniqua ed anti-giuridica in quanto la pensione di reversibilità è maturata ed è garantita con un aumento dei versamenti previdenziali di ogni lavoratore”.

Queste rivendicazioni sono state l'argomento numero uno del congresso di Perugia che si è concluso con una mozione approvata all'unanimità dove, tra l'altro si legge che sono necessarie nuove forme di lotta al fine di ottenere:

- 1) la tassazione separata delle pensioni con imposta sostitutiva ad impegno sociale;
- 2) il ripristino al 100% dell'adeguamento inflattivo Istat di tutte le pensioni;
- 3) la completa defiscalizzazione della perequazione agganciata all'indice di inflazione dei beni di consumo corrente;
- 4) l'abolizione dell'agancio al reddito del superstite per il calcolo delle pensioni indirette o di reversibilità. •



di Giampiero Malagnino (*)

Le difficoltà economiche che stanno caratterizzando la vita del nostro Paese, purtroppo, coinvolgono anche la nostra categoria che pure passa (o forse sarebbe meglio dire passava) per essere tra le più privilegiate. Non voglio affrontare qui i problemi anche economici che affliggono i medici e gli odontoiatri negli ultimi anni: per un motivo o per l'altro, direttamente o indirettamente,

tutti siamo stati coinvolti dal mancato adeguamento dello stanziamento statale alle reali esigenze del Servizio sanitario nazionale o dalla diminuzione della capacità di spesa delle famiglie italiane. Vorrei mettere in evidenza il ruolo che l'Enpam svolge e dovrà svolgere sempre più per assistere quei colleghi, pensionati o ancora attivi, che per scarso reddito o per sfortunati eventi che li hanno colpiti, hanno dif-

ficoltà spesso insormontabili ad avere una vita dignitosa. 11mila pensionati Enpam vivono con meno di 800 euro al mese e quasi 16mila con meno di 1200. Se pensiamo che molti di loro sono anziani o molto anziani, comunque andati in pensione prima del 2000, ci rendiamo conto che pensavano di andare in pensione con un milione e mezzo o addirittura con quasi due milioni e mezzo di lire....! Ma pen-

siamo anche a colleghi con un reddito di 3.000/3.500 euro al mese con famiglia e, magari, un mutuo, colpiti da un evento per cui sono impossibilitati a lavorare: le loro possibilità di risparmio sono veramente poche e facilmente vanno in difficoltà. Può capitare e purtroppo capita!

Il Consiglio nazionale della Fondazione Enpam (Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri) ha deciso, su proposta del Consiglio di Amministrazione, di portare a 7 milioni di euro la posta di bilancio per l'Assistenza, quasi raddoppiandone la disponibilità rispetto agli anni precedenti, volendo dare nuovo slancio e nuovo valore all'assistenza.

La maggior parte delle domande di assistenza sono giustificate dalla necessità di far fronte ai problemi della vita quotidiana: pensionati con poco più, o addirittura meno, di 500 euro al mese che chiedono, con estrema dignità, la possibilità di comprare gli occhiali o la protesi acustica e, troppo spesso, di poter

In attesa della raccolta del 5 per mille

Se il pensionato Enpam deve "tirare la cinghia"

Cominciano ad essere tanti i colleghi che hanno bisogno di assistenza. Per aiutarli la nostra Fondazione ha aumentato, raddoppiandola, la cifra di bilancio. Un cammino tutto in salita



Un tema impegnativo che ci deve vincolare

pagare le bollette delle utenze casalinghe! I più sfortunati hanno anche a carico nipoti che hanno bisogno di studiare, oppure sono affetti da malattie che, senza renderli completamente non autosufficienti, ne limitano molto le attività domestiche tanto da rendere indispensabile un aiuto in casa.

Segnalo qui, con una certa preoccupazione, l'aumento costante di colleghi tra i 50 e i 60 anni affetti da sindromi depressive completamente invalidanti che rendono drammatica la vita delle loro famiglie. Spesso sono segnalate con una semplice diagnosi di sindrome depressiva, ma, approfondendo, ho l'impressione (pur non essendo io uno specialista) che si tratti della sindrome di burn-out: depressione come stadio finale di una malattia che colpisce soprattutto gli operatori sanitari che non riescono a dare risposte soddisfacenti ai loro interlocutori e che, attraverso vari stadi, arrivano alla depressione profonda, spesso invalidante.

Nuovo slancio e nuovi valori



Un'altra riflessione che dobbiamo fare, prima che sia troppo tardi, riguarda la non autosufficienza negli anziani: è previsto che nel 2040 il 33,7% degli italiani avrà più di 65 anni (contro il 18,1 del 2000 e il 9,3 del 1960) e, di questi, il 10% avrà più di 80 anni (contro il 4 del 2000 e l'1,4 del 1960).

Complicati calcoli statistici prevedono delle percentuali di non autosufficienti oltre i 65 anni vicina al 10% della popolazione (percentuale che aumenta, ovviamente, con l'aumentare della età).

Questo costringerà i vari governi a dedicare una parte sempre più importante del PIL alla loro assistenza (Long Term Care): in Italia è stato calcolato tra il 3,5 e il 5,3% del PIL!

Non voglio fare considerazioni sulla capacità e sulla volontà dei nostri governi di investire già da oggi su questo tema (qualche anno fa si è par-

lato di "tassa di scopo" per affrontare questo problema, ma non se ne parla più!!!), dico semplicemente che il nostro ente che, come dice Eolo Parodi, deve "tutelare l'età postlaborativa", si deve far carico di questo problema se pensiamo che nel 2040 i nostri pensionati saranno oltre 200mila e che, almeno secondo i dati della popolazione generale, possiamo stimare che circa 10mila di loro non saranno autosufficienti! Il tema è affascinante, quanto impegnativo e, secondo me, ineludibile. Il presidente Parodi ha già chiesto e ottenuto che l'Enpam possa raccogliere il 5 per mille come Fondazione senza scopo di lucro dedicato alla LTC degli iscritti e ci ha impegnato ad avanzare delle proposte che, se non risolvono il problema, almeno lo affrontino fornendo delle risposte. Dovremo fare una assicurazione per tutti gli iscritti

o farne carico sul bilancio dell'Ente? Prevedere un sussidio economico o organizzare servizi? Coprire solo la non-autosufficienza totale o anche quelle parziali? Fondare una onlus che si occupi solo di questo o fare tutto all'interno dell'Enpam? Abbiamo affrontato il problema e a breve, al massimo entro l'anno, faremo al Consiglio nazionale delle proposte: non solo per gli anziani non-autosufficienti, ma per tutti gli iscritti che dovessero avere questo problema. E lo faremo anche dopo aver confrontato le nostre idee con l'Onaosi che ha cambiato il suo statuto e che si dovrà occupare anche di questo se Enpam non lo facesse, ma solo per poco meno di un terzo dei nostri iscritti. Quelli, cioè, che oltre che all'Enpam sono iscritti anche all'Onaosi. •

(*) Vice presidente Enpam

A che punto siamo con il futuro?

È un problema sempre più sentito tra i contribuenti dei Fondi. Le cifre a disposizione dopo il passaggio all'euro non sembrano molto esaltanti

di Alberto Oliveti (*)

Non si possono adoperare altro che parole positive nel descrivere lo stato di salute della Fondazione Enpam di questi ultimi tempi.

I risultati di gestione che si evidenziano dal Bilancio consuntivo 2007 sono molto buoni sotto tutti i punti di vista, con una crescita costante sia del Patrimonio sia dei suoi proventi e con i Fondi in crescente attivo di gestione, eccetto quello dell'Accreditamento, che ha però prospettive di riequilibrio grazie al 2% a carico delle Società.

Si potrà sicuramente far di meglio, e c'è la giusta tensione nel perseguirlo, ma già così non è male, specie se ci guardiamo intorno.

In funzione del miglioramento continuo, all'inizio di questo anno è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione il "Codice Etico" dei principi e



dei valori fondanti a cui tutti in Enpam si dovranno attenere, una sorta di carta dei diritti e dei doveri fondamentali per disciplinare formalmente il governo e la gestione della Fondazione.

In più la bella notizia che la Fondazione Enpam è stata inserita nell'elenco delle Onlus destinatarie del 5 per mille, permettendo così ai medici ed odontoiatri di poter destinare già

con la prossima denuncia dei redditi una parte delle loro tasse all'ampliamento delle prestazioni assistenziali, tra cui la tutela della non autosufficienza ha priorità assoluta.

Questa maggiore attenzione alle fragilità della professione medica ed odontoiatrica si aggiunge in senso strategico all'istituzione di Fondo Sanità, Fondo pensione chiuso di categoria, finalizzato all'integra-

zione tempestiva della pensione come risposta al preoccupante e discusso scenario nazionale di ritardato accesso alla professione, di perdita del potere di acquisto dell'euro, di mancati rinnovi convenzionali e di longevità crescente.

Fondo Sanità è solo il primo passo di un progetto specifico della Fondazione riservato ai giovani, che si articolerà sulle direttrici del percorso di formazione, dell'accesso e del primo impiego professionale.

È auspicabile che quel "Memorandum" di corretta espressione della autonomia e della responsabilità privata regolata dal controllo pubblico, condiviso tra Adepp e ministero del Lavoro a stretto ridosso della tornata elettorale, venga tenuto in debita considerazione dal nuovo Governo.

In attesa che l'Attuario dell'Enpam ci consegni i bilanci tecnici riferiti al 31 dicembre 2006, cresce la consapevolezza che i problemi della sostenibilità dei Fondi e dell'adeguatezza delle pensioni vadano affrontati congiuntamente.

A questo proposito, credo che la questione dell'entità delle pensioni sia sempre più sentita come un problema tra gli attuali contribuenti ai Fondi.

Prima del passaggio all'euro, cinque milioni al mese erano considerati una discreta pensione, ora con gli attuali scenari inflazionistici di instabilità diffusa, il corrispondente in euro ingenera una doverosa pre-

**La vita
media
residua
dopo i 65**

occupazione, specie se la sua rivalutazione è riferita all'Istat.

Sulla base dei dati all'aprile 2008, l'importo medio di tutte le 82mila pensioni erogate dall'Enpam è di circa dodicimila euro all'anno, ma il dato corretto tramite il Casellario delle Pensioni (che contabilizza tutte le pensioni in godimento da ogni singolo pensionato) porta tale importo medio a quasi quarantamila euro l'anno.

La pensione media erogata ad un medico di medicina generale dal suo Fondo è di duemilasettecento euro al mese, con il Casellario si arriva a quattromila. D'altro canto i soldi non si moltiplicano da soli, e già l'Enpam ha fama e dati a supporto di essere un ottimo investitore istituzionale.

La verità è che a contribuzione esigua, per quanto capace chi investe, non potrà corrispondere una pensione sostanziosa.

Ed il dato del rendimento assegnato ai contributi in-

Comunicare efficacemente la realtà dei fatti

cassati dai vari Fondi conferma una realtà generosa dato che, non considerando l'inflazione, nel Fondo Generale "Quota A" in otto anni e mezzo di pensionamento si riprendono tutti i soldi versati come contributi, nel Fondo Generale "Quota B" in poco più di sette, nel Fondo della Medicina Generale in dieci anni, mezzo in più ci vuole per gli Specialisti Ambulatoriali.

Considerando invece l'attuale adeguamento della prestazione al 75% dell'Istat, il dato si modifica ma in maniera non consistente.

Se la vita media residua al sessantacinquesimo anno desunta dalle tavole di mortalità della popolazione italiana (fonte Istat) è di sedici anni per gli uomini

e di venti anni per le donne, questo differenziale, che tra l'altro non considera il costo aggiuntivo dei superstiti, dovrà essere compensato dalla capacità reddituale del Patrimonio, e ciò nonostante la decurtazione legata all'effetto combinato della tassazione anticostituzionale cui è sottoposto e del recente obbligo, derivante dalla Finanziaria 2007, di una sua maggior consistenza per garantire un maggior orizzonte temporale di sostenibilità.

In conclusione, mentre le altre gestioni sanitarie della dipendenza (ex CPS, gestione separata Inps, etc..) adottano coefficienti di trasformazione che recepiscono in pieno il dato Istat di sopravvivenza media ed assegnano un rendimento ai contributi molto inferiore a quello Enpam, appare evidente la forbice esistente tra i regolamenti della Fondazione che garantiscono ad ogni contributo incassato un rendimento forse superiore al dovuto se calcolato su base statistica, ed invece la delusione dei contribuenti pensionati in termini di trattamento pensionistico.

L'abolizione della iniqua tassazione del Patrimonio libererebbe risorse, da destinare per prima cosa alla rivalutazione al 100% delle prestazioni.

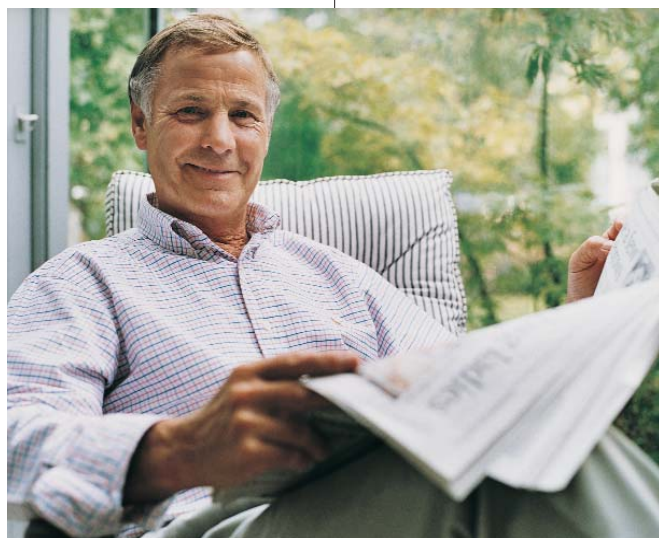
Anche criteri autonomi di redazione dei bilanci (il tasso rivalutazione Patrimonio non ancorato al debito pubblico per esempio) ci permetterebbero una ge-

stione più virtuosa ed attenta alle esigenze pensionistiche.

Ma la soluzione strategica è inevitabilmente questa: comunicare efficacemente la realtà dei fatti per promuovere e diffondere prima possibile la cultura della integrazione previdenziale, da perseguire tramite l'istituto del riscatto nei vari Fondi, o con Fondo Sanità, o con polizze individuali, prevedendo eventualmente anche modifiche ai regolamenti dei Fondi Enpam per permettere ai singoli iscritti di variare autonomamente le aliquote contributive nel corso della loro vita professionale. Supporto indispensabile a questa presa di coscienza culturale dovrà essere la periodica e puntuale presentazione agli iscritti di un estratto conto previdenziale con proiezioni standard delle prestazioni, che consenta di figurare per tempo il proprio trattamento futuro.

Al raggiungimento di questo obiettivo, che prevede un percorso di riallineamento degli archivi della Fondazione grazie alla sinergia efficiente tra il Dipartimento Previdenze ed il Dipartimento Elaborazione Dati, ci stiamo adoperando, così come al definitivo smaltimento delle pratiche arretrate relative a qualsiasi forma di riscatti e ricongiunzioni, in analogia con quanto già efficacemente realizzato in tema di riscatto di allineamento. •

(*) Consigliere Enpam



Conoscere meglio questo Enpam

Una delle domande che più spesso vengono rivolte ai consiglieri del nostro Ente di previdenza riguarda l'importo delle pensioni. Ecco dopo le doverose "considerazioni" alcuni consigli ai colleghi

di Eliano Mariotti (*)

Una delle domande più frequenti che mi hanno rivolto negli ultimi tempi i colleghi riguarda la loro preoccupazione per l'importo della pensione, visto che con il costo della vita e la trasformazione dei redditi dalle lire all'euro si è oggettivamente ridotto il potere di acquisto della nostra categoria. D'altra parte abbiamo un Enpam che produce un buon reddito da investimenti, sicuramente adeguata la ripartizione tra investimenti immobiliari e obbligazionari a lungo termine, con bilanci ampiamente attivi ed indici di redditività tra i più alti tra gli Enti pensionistici, e quindi è perfettamente logica la classica richiesta di aumento delle pensioni stesse. Bene, cerchiamo una volta per tutte di chiarire alcuni

**Elenco
di alcuni
elementi
negativi**



punti chiave del perché non è possibile e come si potrebbe invece ottenere un miglioramento delle prestazioni economiche. Al primo posto va ricordato che le nostre contribuzioni sono percentualmente tra le più basse, e

non si possono certamente ottenere grandi cifre con piccoli versamenti. È già stata concertata con i nostri sindacati di categoria una strategia di aumento dei versamenti pensionistici, che se riuscirà ad andare in porto

nei prossimi rinnovi contrattuali potrà contribuire allo scopo.

Ma non basta, l'Enpam è costretta dalla legge ad ottenere una garanzia di liquidità di trenta anni, in un momento in cui (grazie soprattutto al "cielo" e magari un poco ai medici) sta aumentando l'aspettativa di vita. Così stante le cose sarà obbligo per l'Ente rivedere le tabelle attuariali e da questo non nascono certo aumenti della pensione. Tra gli elementi negativi si evidenzierà tra pochi anni un picco di aumento di pensionamenti prevalentemente nella medicina generale, dovuto a motivi prettamente anagrafici, con conseguente aumento dell'importo delle prestazioni erogate e conseguente difficoltà della capacità contributiva dei nuovi ingressi. Non dimentichiamo mai che la contribuzione pensionistica è una ruota in continuo movimento e che per garantire il presente dobbiamo essere certi delle contribuzioni future. Ma non basta, come più volte ricordato dall'amico Alberto Olivetti, il nostro Ente è anche penalizzato dalle leggi fiscali attuali in

**Pensione,
una ruota
in continuo
movimento**

quanto il frutto dei nostri investimenti è pesantemente tassato come si trattasse di reddito d'impresa e non dall'investimento di soldi poi tassati individualmente. Se consideriamo che si parla di cifre di milioni di euro è facile intuire quanto sarà ardua la battaglia. Esaminati quelli che, a mio modesto parere, sono gli elementi negativi, vediamo cosa si può fare al momento. Premetto subito che ogni collega ha una posizione contributiva e fiscale estremamente personalizzata e di conseguenza ogni caso merita una attenzione particolare. Punto primo: la pensione si comincia a costruire da giovani! Debbo lanciare un pressante invito a tutti coloro che iniziano la professione a non trascurare quello che per loro è un lontano futuro; potrebbero trovarsi impreparati nei momenti di difficoltà. Intanto ricordiamo la più conosciuta possibilità, il riscatto di laurea possibile dopo soli dieci anni di contribuzione, vantaggioso sia per la valutazione degli anni contributivi, sia per l'aumento del capitale versato, sia fiscalmente in quanto interamente deducibile. Segue quindi la possibilità di ricongiunzione di versamenti effettuati ad altri Enti che vengono rivalutati in base agli anni in cui è stata effettuata la contribuzione. Una atten-

Attenzione particolare per il riscatto di allineamento, occasione di versamenti volontari con deducibilità fiscale

zione particolare merita il riscatto di allineamento, occasione di versamenti volontari con deducibilità fiscale, che permette specialmente a coloro che non hanno da portare in detrazione grosse cifre di attenuare la pressione fiscale dell'Irpef aumentando contem-

poraneamente l'importo pensionistico. Non so sinceramente per quanto tempo ancora l'Enpam potrà mantenere questa possibilità di incremento pensionistico agli attuali tassi di rendimento, che praticamente è una garanzia di reddito garantito (i mercati finanziari ci am-

moniscono tutti i giorni che non esistono investimenti sicuri al 100%, ma solo investimenti più o meno a rischio); personalmente lo sto effettuando e mi sembra la miglior prova della mia fiducia nell'Ente. Ultimo in ordine di tempo, ma non per questo meno interessante, citiamo il Fondo Sanità nato dall'acquisizione del Fondo dei colleghi odontoiatri e ora aperto a tutti coloro che desiderano differenziare i loro investimenti con la garanzia della gestione Enpam. •

(*) *Consigliere Enpam*



Quando vivere è sopravvivere

Il grave problema delle pensioni svalutate nel tempo

di Marco Perelli Ercolini (*)

Si parla di salari insufficienti, di stipendi da aumentare. Nessuno però fa cenno alle pensioni, statiche nei loro importi, svalutate nel tempo. Facciamo qualche considerazione su un problema molto, molto complesso.

Il politico pensa solo alle pensioni sociali e a quelle basse, conseguenza di scarse contribuzioni molte volte effetto ineluttabile di lunghi periodi di non contribuzione per lavoro in nero.

Che cosa allora chiedere per ridare un potere di acquisto al trattamento economico di pensione per una decorosa vita nel post lavorativo dopo anni di versamenti contributivi?

Il Governo potrebbe riconoscere la tassazione separata di ogni trattamento di pensione con determinate aliquote di impegno sociale (imposta sostitutiva) e la defiscalizzazione delle esigue somme della perequazione automatica.

Queste richieste trovano valide giustificazioni e precisamente:

1) si parla di defiscalizzazione degli straordinari e dei premi di produzione... e perché non anche delle pensioni?

2) La previdenza complementare che già trova



una deducibilità fiscale delle somme impegnate entro certi limiti, trova anche una tassazione separata e aliquote impositive ben facilitate: imposta sostitutiva del 15 per cento con sgravi ulteriori per anzianità contributiva sino ad arrivare ad un 9 per cento dopo 15 anni.

3) Il lavoratore ha sempre versato contributi a valore corrente per cui ne dovrebbe conseguire non solo un trattamento ragguagliato ai contributi versati, ma soprattutto a valore reale, cioè la pensione dovrebbe essere un debito di valore anche nel tempo e non di semplice valuta.

4) La perequazione automatica dovrebbe essere agganciata ai beni reali

di consumo (recenti studi e dati dello stesso Istat hanno evidenziato che gli indici dei beni di consumo corrente superano ben 4 e più volte gli indici dati dall'Istat per evidenziare la svalutazione monetaria delle famiglie).

5) La perequazione automatica dovrebbe essere defiscalizzata al 100 per cento dato che ogni aumento, già falsato da indici poco veritieri al reale costo corrente della vita, vengono tagliati da aliquote scalari per fasce di importo, ma soprattutto ulteriormente depauperati dal fisco che trae sempre vantaggio da ogni aumento.

Infine, un altro aspetto da non sottovalutare e da combattere è il tentativo di

defraudare le così dette pensioni d'argento. Va tenuto presente che le pensioni del lavoratore sia pubblico (Inpdap) che privato (Inps), derivano in stretta correlazione con i contributi versati, subendo già dei tetti di erogazione; pertanto sono una "proprietà previdenziale" del lavoratore e i tagli di solidarietà sono impropri e veri "furti" sui sacrifici contributivi del lavoratore, contributi versati per un dignitoso post lavorativo. La solidarietà va ritrovata nella fiscalità, stando inoltre ben attenti a non dare regalie a coloro che per anni hanno lavorato in nero. Infatti i contributi sono somme versate per prestazioni, le tasse dei corrispettivi per servizi specifici, le imposte (previste da leggi) sono prelievi per finanziare i pubblici servizi indivisibili o collettivi, tra cui la solidarietà, oltre che fornire mezzi economici allo Stato per la sua stessa esistenza.

Da ultimo va ricordato a coloro che parlano di conflitto generazionale e di padri che per le loro pensioni sfruttano i figli - ottimo artificio degli amministratori per deviare dalle loro responsabilità per aver sperperato i capitali contributivi dei lavoratori - che ogni lavoratore per la sua futura pensione versa alle Casse degli Enti previdenziali buone fette della propria retribuzione: nella dipendenza ben un terzo. •

(*) Consigliere Enpam

In partenza i modelli D 2008 per la dichiarazione dei redditi

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 2007. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando i Modelli D 2008 recapitati al domicilio degli iscritti nelle prime settimane del mese di giugno. Tali modelli (oltre **335.000**) 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 del-**

la dichiarazione reddituale entro il termine sopra indicato.

L'invio del modulo perso-

PENSIONATI DEL FONDO GENERALE E.N.P.A.M.

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 2008**, 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.

nalizzato, 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 2008 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 www.enpam.it. L'accesso all'Area riservata consente, inoltre, di usufruire di ulteriori servizi *on-line* personalizzati, quali, ad esempio: - la visualizzazione dei ver-

**L'accesso
all'Area riservata
consente
di usufruire
di servizi
personalizzati**

samenti 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 modello D 2008, è

Sono soggetti a contribuzione i compensi per la partecipazione a congressi e convegni

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 redditi di lavoro dipendente, che derivano dallo svol-

CONTRIBUTO PROPORZIONALE RIDOTTO

La richiesta di contribuzione ridotta alla "Quota B" del Fondo Generale può essere presentata entro il **31 luglio 2008** 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 2008, i cui contributi saranno versati con l'aliquota del 2% nell'anno 2009; al contrario, il contributo relativo ai redditi prodotti nell'anno 2007 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.

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 2009);
- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R.) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo.

gimento 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", svolta individualmente od in equipe all'interno od all'esterno della struttura aziendale ovvero per prestazioni aggiuntive anche finalizzate alla riduzione delle liste di attesa;

- 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 o a progetto;

- 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 com-

petenza 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 S.S.N. non devono dichiarare i compensi corrisposti dalle Aziende Sanitarie Locali ma indicare esclusivamente gli eventuali redditi da libera professione 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 pre-compilato (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 *on-line*, anche con addebito rateale, i contributi dovuti all'Enpam. Per richiedere

Il mancato ricevimento del bollettino non esonera dal pagamento del contributo

tale carta è necessario accedere all'Area Riservata del sito www.enpam.it 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 ne-*



cessario 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 intera-

mente 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/2008 personalizzati è stata inserita una parte della password necessaria per la registrazione agevolata all'Area riservata del sito www.enpam.it.

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/2008, 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



Il dott. Roberto Giannico

Roberto Giannico, nato a Taranto nel '60, laureato all'Università di Roma "La Sapienza" nel luglio '84 con lode, specializzato nella stessa università in Dermatologia nel luglio '87 con lode, lavora presso la Colonia Hanseniana di Gioia del Colle, in Puglia, all'Ospedale Miulli dal febbraio '90. Assistente prima ed Aiuto poi, è attualmente responsabile medico della Colonia Hanseniana.

Il dottor Giannico ha sostenuto il corso di specializzazione a Fontilles, in Spagna, dove si trova, oltre a quello di Gioia del Colle, l'altro Centro europeo per i malati di Morbo di Hansen

Le mille facce del Morbo di Hansen

di Carlo Ciocci

Quanti sono i malati riconosciuti di Morbo di Hansen in Italia?

Le ultime stime parlano di un centinaio di malati che fanno quasi tutti riferimento alla nostra struttura. Sono per il 90 per cento italiani di cui una parte, circa cinquanta, in stato di ricovero. Va precisato che per un hanseniano è previsto un ricovero particolare, che tiene conto del fatto che in passato la malattia prevedeva una vera e propria segregazione sociale. Di conseguenza il ricovero è "elastico", nel senso che il paziente può allontanarsi dal reparto pur rimanendo in regime di ricovero. Il rientro, però, è previsto sempre entro tre mesi, in quanto il paziente deve sottoporsi allo striscio su muco e cute. Tale esa-

me consentirà all'hanseniano di percepire anche un sussidio di malattia.

Tra i colpiti dal morbo vi sono anche stranieri?

Il dieci per cento circa sono extracomunitari che negli ultimi anni sono entrati nel nostro Paese. Ovviamente arrivano per lo più dai Paesi ove la malattia è endemica: India, Brasile, Congo, Indonesia, Birmania, Taiwan, Nepal ed alcune nazioni dell'America latina.

Com'è oggi la qualità di vita di un hanseniano?

Va premesso che si tratta di pazienti che a livello psicologico subiscono un insieme di sentimenti fortemente contrastanti. Si pensi che sino a 20-30 anni fa il paziente era sottoposto a ricovero coatto sino alla "negativizzazione" bacilloscopica su muco e cute,

uno stadio dell'assistenza al quale, in quei tempi, si arrivava dopo tanti anni di cure. Oggigiorno lo stesso risultato si raggiunge dopo circa 2-3 anni. Inoltre, fino a 15-20 anni fa la malattia si complicava spesso con la "leproreazione" una sindrome immunologica che si manifesta durante il trattamento farmacologico allungando il decorso della malattia anche di qualche anno. I malati venivano chiusi nelle strutture di riferimento e ne potevano uscire solo per pochi giorni. Ovviamente queste vicende avevano per i pazienti risvolti negativi anche a livello psicologico, nel senso che finivano per maturare un sentimento di ostilità nei confronti della società che li aveva così brutalmente esclusi. Ed invece, lo posso testimoniare personalmente, sono persone dalla spiccata sen-

sibilità, persone abituate al dolore, che sono in grado di offrire affetto e sostegno morale non indifferenti in chiunque si trovi in difficoltà.

Ancora oggi resistono pregiudizi nei confronti di questi pazienti?

Il pregiudizio purtroppo a volte rimane, perché il morbo porta con sé una serie di significati ancora difficili da superare. La realtà, invece, è che i nostri pazienti vengono adeguatamente curati, alcuni di loro si sposano e mettono su famiglia: tutto questo, però, sembra non bastare a chi si affida più ai pregiudizi del passato che ai progressi fatti dalla Medicina.

Veniamo appunto alle cure ed ai risultati che si ottengono.

I risultati oggi sono ottimi. Se il paziente non è allergico ai farmaci necessari, soprattutto alla rifampicina, la negativizzazione si ottiene, come detto, in circa due-tre anni nelle forme multibacillari o lepromatose; nella forme paucibacillari o tubercoloidi anche prima. Soprattutto con la nuova terapia prevista dall'Oms non si va incontro alla leproreazione, fenome-

Senza allergie o intolleranze ai farmaci il problema viene affrontato più rapidamente

no spesso più grave della malattia stessa che conduce a mutilazioni e danni agli organi interni. Tale forma finiva per riguardare in passato molti pazienti in quanto la rifampicina veniva somministrata in modo esagerato. Oggi, invece, con le linee guida dell'Oms, se non ci sono allergie o intolleranze, la malattia viene affrontata più rapidamente. Tra l'altro, cosa non indifferente, i pazienti evitano anche sequele alle mani o ai piedi, danni oculari, osteoarticolari e le tipiche manifestazioni del passato.

Secondo lei la ricerca si muove adeguatamente in questo campo?

Direi di no e bisogna parlare chiaro. Si tratta di una malattia che riguarda la fascia più povera della popolazione mondiale. Forse se il problema avesse riguardato il mondo industrializzato probabilmente il morbo sarebbe stato già debellato. In questo modo, invece, al mondo si contano circa dodici milioni di hanseniani: nessun parallelo si può tentare con i risultati ottenuti nel mondo contro – solo per fare un esempio – de-

terminate malattie infettive. Va anche sottolineato che per affrontare seriamente il problema si dovrebbero sensibilizzare i Paesi interessati ad un forte impegno per il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie per far sì, in un determinato arco di tempo, che non permangano le

condizioni che favoriscono l'insorgenza della malattia.

Sta parlando di prevenzione: che cosa si può fare?

Bisogna da subito iniziare seriamente a ragionare su questo aspetto. Premesso che non è mia intenzione creare allarmismi, va detto però che un certo numero di hanseniani (ormai tutti extracomunitari), che spesso non sanno neanche di essere affetti dalla malattia, circola sul nostro territorio nazionale. Ebbene, per quanto riguarda le persone provenienti dai Paesi "a rischio" dovremmo essere in grado di sapere se sono "portatori", se sono in una fase di incubazione o latente della malattia; ciò significa che il paziente pur essendo positivo a muco e cute per il bacillo di Hansen non manifesta sintomi clinici evidenti anche per alcuni anni. Va anche detto che il contagio è molto basso: il 95% delle persone che entrano in contatto con un hanseniano non si ammala, e questo perché per ammalarsi c'è anche bisogno di una predisposizione genetica oltre che di fattori igienici, di malnutrizione, di condizioni at-

mosferiche (temperature caldo-umide), etc. Si tratta dei macrofagi che dopo aver fagocitato i bacilli difettano nella presentazione degli antigeni ai linfociti-killer (T8): tale passaggio nell'hanseniano è lento e spesso non si verifica proprio. Questo deficit immunitario probabilmente è presente nel 5% della popolazione che si ammala se entra in contatto in modo intimo e ripetuto con il malato. Il problema – come facilmente si intuisce – è che nessuno di noi sa se appartiene a quel 5%.

In un Paese avanzato come il nostro dovrebbe essere già prevista una protezione sanitaria senza, l'ho detto e lo ripeto, inutili allarmismi.

Un consiglio ai giovani colleghi che hanno intenzione di cimentarsi in questo campo.

Premetto che qualunque medico, dal punto di vista scientifico, può dedicarsi alla cura di questi pazienti; la caratteristica che il medico deve invece avere è, a mio giudizio, una resistenza psicologica per convivere con persone che spesso portano nel loro animo problematiche esistenziali particolari. Proprio per approfondire questo aspetto è mia intenzione, nel prossimo futuro, organizzare sull'argomento un corso di formazione.

Grazie dottore per averci insegnato qualcosa in più... •



In Italia il livello culturale in anesthesiologia è alto e siamo molto riconosciuti in Europa come in America, sia a livello di ricerca che di “tecniche” operative. La conferma viene dal XIV Congresso mondiale degli anestesisti appena concluso in Sudafrica a Cape Town – il prossimo appuntamento è tra quattro anni a Buenos Aires, in Argentina - “e questo, come



Dott. Fabio Guarracino

sottolineano i nostri specialisti, anche grazie alle possibilità di interscambio internet”. Certo si tratta di una valutazione media che deve misurarsi con realtà assai diverse: Milano, Roma, Napoli, Torino, Padova e Bologna sono, ad esempio, ad altissimo livello, mentre in altre aree a causa di “disponibilità spesso ridotte ci sono forse più difficoltà per chi opera. Ma il livello resta tra i più alti al mondo”. Sui progressi del trattamento

del paziente che esce da un intervento chirurgico abbiamo raccolto il parere di due anestesisti-rianimatori italiani presenti a Cape Town: Fabio Guarracino, direttore dell'Unità operativa complessa anestesia e rianimazione cardiotoracica dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Pisa e Marco Pavesi, primario del Servizio di anestesia polispecialistica del Policlinico di San Donato Milanese (MI)



Dott. Marco Pavesi

Tempo e qualità del risveglio nel recupero post-operatorio

L'opinione di due anestesisti-rianimatori italiani presenti all'assise mondiale di Cape Town sulle novità nel campo della sedazione

di **Andrea Sermonti**

1 Secondo l'anestesista rianimatore di Pisa **Fabio Guarracino** il recupero post-operatorio consiste nel ritorno del paziente ad una situazione di normalità dopo un intervento chirurgico. Esso dipende dal tipo di intervento chirurgico e dal paziente stesso: “Per un lavoratore normalità significa poter tornare alla propria occupazione – precisa Guarracino – per un anziano ritornare alle proprie attività quotidiane”.

E cosa vuol dire “miglior” recupero?

Da un punto di vista qualitativo significa una buona ripresa cognitiva e di relazione con gli altri già subito dopo l'intervento,

in assenza di ansia e di dolore post-operatorio. Ciò oggi è possibile in poco tempo, in qualche caso anche in pochi minuti dalla fine dell'intervento. Dal punto di vista fisico, ovviamente, il ritorno alle attività ordinarie dipende dal tipo di intervento chirurgico: se effettuato in *Day Surgery* un buon recupero avviene anche in poche ore, se l'intervento è di chirurgia maggiore il recupero può richiedere anche giorni e trattamenti riabilitativi.

E qual è l'impatto del recupero sui familiari?

Un recupero veloce è sempre di grande impatto sui familiari. Tuttavia è esperienza comune che nelle due età estreme, mi riferisco al bambino ed al gran-

de anziano, un recupero cognitivo rapido facilita la gestione del paziente da parte dei parenti ed anticipa il ritorno a casa. Senza considerare l'impatto emotivo ed affettivo che un paziente con un buon livello cognitivo ha sui parenti rispetto ad uno agitato o delirante...

E il problema economico?

L'impatto di un recupero cognitivo precoce sugli operatori sanitari è notevole: incide sulla qualità e sulla quantità dell'assistenza erogata. In presenza di una relazione “normale” l'assistenza potrà essere qualitativamente migliore, mentre dal punto di vista quantitativo se non si ha un buon recupero cognitivo servono più tempo, più fatica, ed alle volte mag-

gior controllo del paziente. In certe situazioni limite un cattivo o ritardato recupero cognitivo può costringere a ricoverare il paziente in un reparto a maggiore intensità di cure, con aggravio di spesa e di lavoro.

Che cosa è emerso di importante per questo settore dal congresso mondiale di Cape Town?

Sono stati evidenziati importanti aspetti che riguardano farmaci di nuova generazione in anestesia, che consentono di utilizzare tecniche con un impatto favorevole sul recupero post-operatorio. In particolare si è parlato di molecole a metabolismo molto rapido, che “lasciano” velocemente il paziente evitando fastidiosi fenome-

ni di accumulo. Inoltre sono state messe in evidenza le capacità di alcuni anestetici di proteggere il cuore del paziente da una ischemia perioperatoria. A *Cape Town* le caratteristiche farmacologiche di farmaci inalatori che combinano azione rapida ed effetto cardioprotettivo sono state approfondite proprio in relazione all'impatto sul recupero postoperatorio.

2

Il XIV° Congresso mondiale di anesthesiologia appena concluso a Cape Town "è stato molto importante – conferma Marco Pavesi – perché ogni quattro anni ci consente di fare il punto con i colleghi di tutto il mondo confrontandoci sulle ultime novità tecnologiche e i nuovi farmaci". E ci ha confermato che l'Italia si colloca ad un ottimo livello rispetto agli altri Paesi del mondo.

Che cosa significa il concetto di *score* di cui si è molto parlato a Cape town?

Letteralmente vuol dire "punteggio", quello che un poco in tutti settori calcola il risultato dei parametri in grado di individuare lo stato di salute o di compromissione di un paziente malato piuttosto che di un bimbo appena nato. Un "punteggio" dei vari – qualità del respiro, battito cardiaco, etc. – che per noi anestesisti e rianimatori riguarda nello specifico il

nuovo concetto del recupero dell'anestesia.

E cosa è cambiato ultimamente?

Attualmente vi si stanno dedicando molti esperti e si tratta in qualche modo di uno *score*... piacevole, perché in qualche modo raffinando lo studio in termini di individuazione dei punti utili a dare una definizione di qualità del risveglio possiamo arrivare a descrivere quanto compiuto durante l'atto chirurgico relativamente all'anestesia eseguita. Riuscire ad ottenere uno *score* ottimale nella qualità del risveglio vuol dire che abbiamo ottenuto il meglio da ogni

punto di vista, compresa la scelta dei farmaci.

In che senso?

Direi che i trattamenti farmacologici hanno agevolato molto la crescita dello *score* qualitativo. Avere a disposizione una molecola come il desflurane – già disponibile in America da più di 10 anni e in Italia da circa la metà – è una cosa molto importante: questo gas ha delle caratteristiche tali da renderlo utilizzabile in tutti i settori, gode di una tossicità ridotta, garantisce rapidità di risveglio e soprattutto – grazie al fatto che non viene metabolizzato come altri farmaci – può essere

applicato anche ai pazienti più anziani o con patologie epatiche o renali, perché non lascia traccia di sé e non sovraccarica gli organi malati deputati al metabolismo del farmaco stesso.

E questo che vantaggi offre, a livello economico, per il Servizio Sanitario Nazionale?

Il vero *plus* del recupero anticipato non è solo il risparmio di tempo per il paziente e di lavoro per gli operatori sanitari impegnati nell'assistenza: è soprattutto il fatto che così si possono fare interventi una volta impossibili. •

Breve storia dell'anestesiologia

Già nel 3000 a.C. in Mesopotamia si "narcotizzava" il paziente comprimendo le carotidi per fargli perdere coscienza. Per parlare di anestesiologia moderna si deve aspettare l'Epoca dei Lumi. È infatti nell'ultima decade del '700 che Joseph Priestly e Sir Humphry Davy sperimentano il protossido d'azoto (il cosiddetto "gas esilarante") e dopo circa venti anni Faraday condusse esperimenti sull'etere dietilico. Ma solo nel 1842 il Crawford Williamson Long iniziò a usare con successo l'etere nelle operazioni chirurgiche, seguito da Horace Wells. Il medico più famoso (erroneamente creduto il padre della anestesiologia) è il dottor William T. G. Morton, dentista in Boston che lavorava al *Massachusetts General Hospital*, il quale pubblicò innumerevoli articoli sulla narcosi. Già nel settembre del 1846 usò l'etere per estrarre un dente e un mese dopo presentò alla comunità scientifica una sfera di vetro dotata di due valvole al cui interno era posizionata una spugna imbevuta di etere. Fece inspirare i vapori al signor Gilbert Abbott al quale il dottor John Collins Warren, chirurgo, doveva asportare un tumore al collo. La sedazione riuscì e l'intervento fu eseguito in maniera veloce e indolore. Nacque così l'anestesiologia moderna. Nonostante l'innovativa scoperta e l'importanza dell'anestesia, i due medici (Horace Wells e William Green Morton), cui la storia della medicina deve tanto, non ebbero vita facile. Il dottor Wells, infatti, tra il 1867 ed il 1868 pubblicò diversi articoli per reclamare la paternità della scoperta e, intanto, iniziò a sperimentare il cloroformio (messo a punto da due chimici nel 1831: Samuel Guthrie e Eugene Soubeiran). Diventato dipendente da quest'ultima sostanza, morì suicida. Il dottor Morton, invece, cercò di nascondere la vera natura dell'etere e lo brevettò con il nome di *letheon*. Ma non ci si mise molto a scoprire che in realtà era semplice etere dietilico. Il brevetto non gli fu riconosciuto e finì, dipendente dall'etere, a vivere una vita sconosciuta a Boston.

Il prof. Antonio Marigliano



Il prof. Antonio Marigliano, specializzato in Malattie del tubo digerente, sangue e ricambio, in Psicologia e in Psichiatria, è stato membro del Consiglio direttivo e psichiatra forense del Gruppo ricerche e studi "Medicina & Diritto" (Istituto di Medicina legale dell'Università degli Studi di Milano). Ha svolto attività didattica come docente di Psicoterapia presso la I^a Clinica psichiatrica dell'Università di Milano; dal 1986 al 1992 come professore di Psicoterapia nell'ambito della Scuola di specializzazione in Psichiatria dell'Università di Milano; dal 1998 fino alla sua chiusura, è stato docente di Psicopatologia forense presso la Scuola di specializzazione in Criminologia clinica dell'Università di Milano. Dal 1980 ad oggi si è dedicato all'attività professionale di psichiatra forense sia in ambito civilistico che penalistico.

Perizia psichiatrica, tra giustizia e medicina

Il quesito posto dal giudice o dalle parti in causa allo psichiatra forense e l'accertamento a fini di giustizia. La definizione e la distinzione tra capacità di intendere e capacità di volere

Quando viene richiesto l'accertamento psichiatrico a fini di giustizia e con quale tipo di richiesta?

All'interno del processo penale, allorché si presenta la necessità di valutare lo stato psichico di una o più delle parti in causa. Lo psichiatra riceve dal Giudice, o da una delle parti in causa, l'incarico di rispondere ad un quesito e deve operare all'interno della "cornice" che questo definisce.

Inoltre è consigliabile che lo stesso specialista collabori alla formulazione del quesito, visto che sono necessarie competenze specifiche per elaborarlo e porlo adeguatamente.

Lo psichiatra deve ovviamente rispettare il contenuto ed il senso del quesito ricevuto, ma senza venir me-

no alla metodologia di accertamento diagnostico della propria materia e rispettando anche le norme deontologiche e quelle relazionali che caratterizzano il suo operare in ambito clinico. Riferendosi come modello esplicativo allo svolgimento della perizia psichiatrica nel processo penale, il quesito che viene posto allo specialista è principalmente:

- accertare e valutare la capacità di intendere e/o di volere di un imputato nel momento nel quale fu commesso il fatto reato;
- se le sue condizioni di salute psichica risultino compatibili con il regime di restrizione in carcere, qualora egli si trovi in tale situazione. Ed eventualmente il perito potrà indicare altre modalità di custodia cautelare, come ad

esempio in un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, o altre modalità di restrizione;

- se l'imputato sia in grado di partecipare al processo in modo consapevole, vigile e lucido;
- infine, se l'imputato sia stato riconosciuto affetto da una malattia psichiatrica che riduca - vizio parziale di mente - od elimini - vizio totale di mente - la sua imputabilità, allo specialista viene richiesto di valutare la sua eventuale pericolosità sociale, allo scopo di stabilire per lui una misura di sicurezza.

È implicito che le parti, accusa, difesa e parte civile, possono nominare un proprio consulente, il quale, quindi, assumerà la funzione di consulente tecnico di parte (Ctp).

Qual è la differenza tra capacità di intendere e capacità di volere?

Abitualmente la locuzione posta nel quesito è quella di capacità di intendere e di volere. La congiunzione, pertanto, adombra il senso che le due funzioni psichiche costituiscano quasi una unità, e quindi non siano suscettibili di distinzione, nel loro svolgersi e nel concorrere a determinare i comportamenti umani, sia "normali" che patologici e/o antigiuridici.

Ma ciò non è esatto. Del resto la stessa norma, allorché non si riferisce alla capacità, ma alla incapacità, invece della congiunzione *e*, utilizza la disgiunzione *o*, nel senso che se anche manchi o sia grandemente scemata, solo la capacità di intendere o quella di volere, l'imputabilità o non sussiste o viene ridotta. Questo, ovviamente, rispetto ad imputati maggiorenni, giacché per i minorenni e per coloro che non hanno compiuto 14 anni, i criteri normativi sono differenti.

Dal punto di vista dottrinale e prassico va precisato che non è esatto parlare di

capacità di intendere o di volere isolatamente, giacché si tratta di due funzioni psichiche che si embriano tra loro ed insieme ad altre ancora.

I comportamenti umani costituiscono la risultanza dell'insieme integrato delle varie funzioni psichiche e non è possibile connetterli, unicamente, con una sola delle stesse. Ma altrettanto non è esatto stabilire che due delle capacità psichiche siano considerabili sempre unite e compresenti nelle stesse condizioni di esplicitazione. Infatti le locuzioni con le quali la norma penale indica aspetti psichici e/o psicopatologici sono prive di attendibilità scientifica e costituiscono unicamente una modalità convenzionale di esprimersi.

In ambito giurisprudenziale la capacità di intendere è considerata quella di essere consapevoli del valore e del significato delle proprie azioni, di valutarne le conseguenze e di tener conto di un loro eventuale disvalore sociale.

Mentre la capacità di volere è ritenuta quella di autodeterminarsi rispetto ai propri impulsi, svolgendo adeguato controllo e regolamentazione degli stessi.

Non tutte le malattie mentali comportano la mancanza della capacità di intendere e/o volere, e neanche una loro riduzione.

Tanto meno, come in genere si pensa, persone affette da gravi malattie psichiche sono ininterrottamente incapaci di intendere e/o volere.

Può solo verificarsi che, allorché una di tali malattie giunga a manifestarsi con particolare acuzie sintomatica, possa determinare una riduzione, parziale o totale, della maggior parte delle funzioni psichiche e cioè quelle cognitive, quindi il rapporto di realtà, l'ampiezza e la profondità della coscienza, l'attenzione, la memoria, la percezione, la concettualizzazione, l'astrazione, il contenuto e la forma del pensiero, l'orientamento spazio-temporale, quello sul sé psichico e fisico, l'orientamento sul parametro d'oggetto, la capacità di critica e di giudizio, il comportamento, l'affettività, l'emotività e la volontà.

Tale fenomenologia ed il suo accertamento e valutazione costituiscono, pertanto, il corpo di un intervento psichiatrico, sia messo in essere a scopo terapeu-

tico che sub specie juris.

Si può essere certi che una persona non sia capace di intendere o di volere?

Alla luce dei dati clinico-tecnici raccolti, magari integrati con quelli ricavati mediante un esame psicodiagnostico, eseguito con l'uso di strumenti tarati e standardizzati sia a livello internazionale che nazionale, si può giungere ad un'elevata attendibilità clinica e psichiatrico-forense rispetto alla valutazione delle capacità di intendere e/o di volere, sia al momento nel quale si è verificato il fatto-reato, sia nell'attualità dell'accertamento.

Come si incontrano psichiatria e diritto?

La psichiatria non potrebbe mai adeguarsi ad esigenze di giustizia che implicassero il mancato rispetto dei principi di base della medicina e della clinica psichiatrica. Caso mai si può affer-

mare che è la giustizia che deve adeguarsi agli strumenti tecnici che devono essere messi in essere per rispondere al quesito ricevuto.

Non altrimenti, in sostanza, di quanto avviene per altri tipi di consulenza che rientrano nell'area di materie scientifiche.

Anche per questo motivo il tecnico incaricato dovrebbe essere sempre coinvolto nella formulazione del quesito: il Magistrato deve essere informato se il suo quesito non rientra e non rispetta i principi di base di un qualunque tipo di dottrina scientifica e quindi non essere scientificamente proponibile.

Si può affermare, quindi, che lo psichiatra si adegua alle esigenze di giustizia nella misura in cui non svolge la sua funzione classica, cioè quella clinica a scopo terapeutico, ma svolge la sua funzione clinica a scopo di giustizia.

Questo è l'unico adeguamento possibile, solo che, a differenza dello statuto scientifico delle altre branche della medicina, che possono rientrare nell'area della medicina legale, la psichiatria, di per sé, ha assunto in ambito forense una sua precisa impostazione, e da ciò deriva la locuzione psichiatria forense. Ciò si spiega, tra l'altro, perché le malattie psichiatriche possono di per sé manifestarsi con anomalie di comportamento, le quali possono determinare la messa in essere di fatti anti-giuridici. •

C. F.





Raffaello Sanzio, *La Scuola di Atene*, Musei Vaticani

Agli albori della prevenzione

A Crotone nel VI secolo a.C. iniziò il cosiddetto “esperimento biologico”, il primo tentativo da parte degli scienziati di conoscere le leggi della vita, il corpo umano e le sue funzioni. Il rappresentante più illustre di questa Scuola fu Alcmeone, fondatore della medicina preventiva e primo scienziato ad indicare il cervello come organo centrale delle sensazioni

di Luciano Sterpellone

“Filosofia della natura” è stato battezzato il grande momento del pensiero umano poco dopo la caduta di Troia, in virtù del quale il concetto teurgico-sacrale di medicina sarebbe stato completamente capovolto. Era una concezione del tutto nuova, proiettata verso l'interpretazione non più metafisica ma razionale dei fenomeni naturali e della stessa natura umana. Solo allora l'uomo comin-

ciò a prendere coscienza del proprio diritto di pensare autonomamente, di interpretare e giudicare il mondo intorno a sé, divenendo “misura di tutte le cose”, convinto di non dover più subire passivamente i dogmi della conoscenza imposti dalla tradizione e dalla religione. Egli cominciò piuttosto a chiedersi “il perché delle cose e dei fenomeni naturali” divenendo *filosofo* (nel senso proprio di “colui che ama il sapere”) al tempo stesso matematico e biologo, fisico e musicista, astronomo e medico.

Merito dei filosofi vissuti tra il VII e il VI secolo a.C. (cosiddetti “presocratici”, tra i quali emergerà la figura di Alcmeone di Crotone), fu quello di voler indagare nel mistero dell'essenza della materia, dapprima cosmica poi umana.

L'idea che tutte le cose conoscono un *arché*, un principio unico, si forma già nella Scuola ionica di Mileto (VII secolo a. C.); è l'idea di un'entità unica capace di trasformarsi in varie forme sensibili, di un principio dal quale

prende forma ogni cosa. Ne consegue che la materia stessa è già dotata di una sua vitalità intrinseca. A questa Scuola appartengono Talete, per il quale l'*arché* è l'acqua; Anassimandro per il quale esso è un'entità indefinibile (*àpeiron*); Anassimene che lo identifica con l'aria, dalla cui condensazione si formano l'acqua e la terra. A questi elementi Eraclito aggiungerà il fuoco. Da questa prima visione dei fenomeni naturali partiranno le teorie relative ai fenomeni che coinvolgono l'essere umano.

Verso la metà del VI secolo a.C. emerge Pitagora di Samo, secondo cui il vero principio primordiale della materia è costituito dai *numeri*. Il numero è però anche ordine, armonia e ritmo, proprio come la musica; è pertanto l'armonia che regge e governa la composizione della materia, e quindi del Creato, ivi compreso l'uomo.

Un'armonia tuttavia non statica, bensì in equilibrio dinamico, risultante dall'antagonismo di forze opposte che sono insite nelle cose. È la legge dell'“enanziosi”. E dall'universo (macrocosmo) all'uomo (microcosmo) in cui questi è immerso, il passo è breve. È la nascita del *pensiero biologico*: l'armonia che regge l'universo regge anche l'uomo, dandogli la salute, mentre il turbamento di questa armonia provoca la malattia.

Non a caso i pitagorici useranno la musica come te-

rapia: essendo la musica perfetta espressione di armonia, il suono degli strumenti può ristabilire l'armonia negli organi nei quali regna il disaccordo delle parti.

Com'è noto, per i pitagorici la vita è costituita da quattro elementi: terra, aria, fuoco e acqua, cui corrispondono quattro qualità: secco, freddo, caldo e umido. Le loro combinazioni formano i quattro umori del corpo: *sangue* (caldo e umido); *flegma* (freddo e umido); *bile gialla* (caldo e secco); *bile nera* o *atrabile* (freddo e secco).

Inoltre, dalla combinazione dei quattro umori derivano il "temperamento" dell'individuo, le sue qualità mentali e il suo stato di salute.

Siamo nell'anno 500 a.C., ma la *teoria degli umori* dominerà pressoché incontrastata il pensiero medico per oltre duemila anni, sino al 1858, sino alla sco-

L'uomo diventa il cosciente indagatore della natura e della biologia

perta della "cellula" da parte dello scienziato tedesco Rudolf Virchow.

A Crotone, dove – non lontana dalla Scuola di Pitagora – fiorisce un'altra Scuola di medicina, ha inizio a partire dal VI secolo a.C. quello che è stato definito l'"esperimento biologico", il primo tentativo concreto di conoscere le leggi della vita, il corpo umano e le sue funzioni. Con questo "esperimento" l'uomo cessa definitivamente di essere il semplice tramite di volontà supreme per divenire il cosciente indagatore della natura che lo circonda e delle leggi della biologia.

Di questa Scuola il rappresentante più illustre è Alcmeone, contemporaneo ma più giovane di Pitagora, fondatore di quella disciplina che oggi chiamiamo medicina preventiva.

Nato a Crotone intorno al 560 a.C., considera come prima legge scientifica il concetto di *isonomia*: la salute è la sintesi di una perfetta armonia, mentre la malattia è l'espressione del disaccordo

delle parti. Ergo: guarigione vuol dire ripristino dell'equilibrio turbato, ristabilimento dell'armonia.

Alcmeone non si ferma però alle teorie, ma entra direttamente nel concreto: è tra i primi a praticare sezioni anatomiche sugli animali (e forse anche sull'uomo) e ad evidenziare la priorità del cervello nella fisiologia e nella patologia umana, sostenendo che è il cervello – e non il cuore, come si credeva – la sede delle sensazioni e il centro delle facoltà psichiche superiori "come l'udire, il vedere e l'odorare, dalle quali poi nascono la memoria, il giudizio e infine la sapienza".

È ancora Alcmeone a spiegare il fenomeno del sonno con un deflusso del sangue dal cervello. Una teoria che sopravviverà per secoli.

Ma il suo maggior merito sta nell'aver anticipato di oltre due millenni uno dei concetti fondamentali della medicina moderna, quello di *prevenzione* delle malattie, indicando i possibili fattori del turbamento di quell'armonia che è alla base della salute: predisposizione individuale ("temperamento"), alimentazione errata o insufficiente, fattori ambientali come il clima.

Anche se egli crede – erroneamente – che escludendo o controllando questi fattori è *automaticamente* possibile prevenire o dominare le malattie,

non gli si può disconoscere il merito di aver individuato tali fattori e di averne evidenziato l'importanza ai fini della prevenzione e della profilassi.

Il suo pensiero sarà fondamentale nel futuro sviluppo della scienza medica. Sempre più medici vengono indotti a prendere le distanze dai sacerdoti, a verificare e approfondire direttamente le proprie conoscenze, a ricercare un'autonomia e un'etica professionale sempre più nette.

Dalle celebri scuole di Cnido, Cos, Rodi, Cirene, Crotone, escono medici finalmente sempre più distanti dalla medicina sacerdotale; molti di essi divengono *periodèuti* o medici viaggianti, che si spostano di città in città per visitare gli ammalati e qualche volta anche per operare.

Altri si mettono invece al servizio degli eserciti e delle corti divenendo medici militari.

Il periodo aureo della medicina greca è alle porte. L'uomo, e ancor più il medico, è finalmente pronto ad affrontare in modo concreto e razionale i tanti misteri che ancora avvolgono la natura umana e le sue leggi.

Sta finalmente per nascere, sulla scia della dottrina di Alcmeone, la *medicina scientifica* che avrà come padre Ippocrate di Kos. •



Medaglia di bronzo dedicata ad Alcmeone, collezione Francesco di Rauso, Caserta

Portare aiuto dove c'è bisogno

Un progetto italiano che mira, con l'aiuto degli specialisti dell'ospedale Galliera, alla creazione di un centro di eccellenza presso l'ospedale di Ibn Sina, in Marocco, per curare i bambini malati di talassemia

di Ezio Pasero

Conviene cominciare con pochi numeri, che sono spesso più eloquenti di molte parole. Stime, più esattamente, ipotesi di lavoro: secondo le quali i portatori sani di talassemia in Marocco sarebbero circa il sette per cento della popolazione, come dire che ogni anno in quel Paese la cosiddetta anemia mediterranea uccide duemila bambini. Senza che nessuno lo sappia, senza che nessuno quasi se ne renda conto: perché, come spiega il professor Mohamed Khat-tabi, responsabile del Dipartimento di ematologia e oncologia dell'Ospedale pedia-

trico Ibn Sina di Rabat, i medici marocchini dedicano alla talassemia, nel loro intero corso di laurea, non più di un'ora. Così, quando praticano i vaccini ai bambini e li trovano pallidi, gracili, non capiscono che sono anemici, non prescrivono esami del sangue, non curano con le trasfusioni e i medicinali chelanti questa emopatia ereditaria che anche in Italia conta circa due milioni e mezzo di portatori sani e affligge circa settemila pazienti.

Per fortuna ci sono le eccezioni, i segni del destino. Che in questo caso hanno i nomi di un bambino molto malato, Ayoub, che con la forza della disperazione sua



madre Samira era riuscita a portare tre anni fa all'ospedale Galliera di Genova. E di un imprenditore genovese, Paolo Gardino, che opera nel settore del legno, ma che era presidente del Rotary Club Genova Nord, e che proprio tramite il "service" del Club che gli donava i medicinali era venuto in contatto con questo bimbo e con la sua sventurata situazione. Una folgorazione? Forse. Di sicuro, la consapevolezza improvvisa che si poteva e si doveva fare qualcosa, che non era possibile far finta di niente e lasciare che centinaia, migliaia di altri piccoli Ayoub continuassero a morire nei primi anni di vita, senza quasi che nessuno capisse il perché. "All'inizio del 2006 abbiamo messo insieme una vera e propria task force", racconta adesso Paolo Gardino, "con il dottor Gianluca Forni, responsabile del Di-

partimento di microcitemia del Galliera, che è l'unico specializzato in talassemia a Genova, e con Giorgio Vallini, attivo membro della associazione dei talassemici. Ci siamo riuniti attorno a un tavolo con il presidente dell'associazione, Loris Brunetta, che è un testimonial molto bravo e attivo, addirittura grintoso, di come possono continuare a vivere e lavorare i malati nelle sue condizioni. E abbiamo deciso di andare in Marocco a vedere, a fare qualcosa di analogo a quanto si fa nel Dipartimento del Galliera". Come? Ai mezzi ci ha pensato il Rotary Club, avviando una raccolta di denaro che ha

**Arricchire
la struttura
di macchinari
e competenze
professionali**



Un gruppo di malati

raggiunto ormai i 700 mila dollari: 250 mila offerti dalla Rotary Foundation, gli altri raccolti nel Distretto 2030 che riunisce Liguria, Piemonte e Valle d'Aosta, in particolare Genova, che come dice con orgoglio Gardino "è imbattibile nel muoversi per la solidarietà". Il risultato, per ora, è che i bambini curati nel grande ospedale pediatrico di Rabat per la talassemia, che fino a un paio di anni fa erano due soltanto, adesso sono settanta. E rappresentano, soprattutto, l'inizio di un'inversione radicale di tendenza, l'avvio di un progetto umanitario in grado di salvare migliaia di vite umane. Partendo da una constatazione: "In Marocco mancava e ancora manca la consapevolezza che esiste la talassemia nel Paese", sottolinea Paolo Gardino. "Addirittura non esistono dati, non ci sono statistiche. Le nostre stime non sono altro che la proiezione della situazione italiana, sono solo ipotesi di lavoro".

Così il progetto italiano, articolato in quattro anni, mira alla creazione, con l'aiuto degli specialisti del Gal-

liera, di un centro di eccellenza presso l'ospedale Ibn Sina, da arricchire di macchinari e competenze, grazie a borse di studio e alla formazione dei medici locali. Ma punta anche moltissimo sulla comunicazione e l'informazione, sia dei sanitari che dei malati. "Abbiamo organizzato gruppi di malati che girano per le scuole e le caserme, per i luoghi di raduno dei giovani", dice ancora Gardino. "Distribuiscono opuscoli e, davanti a una platea di un centinaio di ragazzi, spiegano che mediamente almeno sette di loro sono portatori sani. Propongono visite, offrono analisi del sangue gratuite, raccontano e mostrano quali sono in mancanza di cure le deformazioni orribili della malattia. D'intesa con le autorità sanitarie marocchine, con le quali la collaborazione è molto soddisfacente, abbiamo organizzato conferenze stampa e campagne di sensibilizzazione su radio, tv e giornali". Verso la metà del mese scorso, l'emittente televisiva Al Jazeera ha addirittura mandato in onda uno

speciale sul progetto italiano. E nel Marocco che rifugge il fondamentalismo, ma dove gli islamici moderati del Partito della Giustizia e dello Sviluppo si sono confermati nelle elezioni dello scorso anno una delle forze egemoni del Paese, la trasmissione ha rappresentato un "assist" importante per uno degli obiettivi di fondo del programma: far emanare dal governo di Rabat una legge che imponga la prescrizione degli esami del sangue alle coppie intenzionate a sposarsi.

Le analisi del sangue costano 15 euro l'una. Una cifra importante, in questo Paese. Il progetto prevede che ne vengano effettuate quattro o cinquemila all'anno, e finora già un migliaio sono state fatte. A sostenerne i costi ha contribuito anche l'Abeo Liguria, associazione che si occupa di bambini ricoverati all'ospedale Gaslini perché affetti da tumori del sangue. E che ha deciso di dare una mano anche ai bimbi marocchini talassemici finanziandone le cure a casa loro, nel loro ambiente familiare, invece

di sradicarli e portarli in Italia. Le analisi, oltre tutto, consentono anche una mappatura della malattia, per avere un'idea più precisa della sua diffusione tra la popolazione.

Poi, certo, esami del sangue e trasfusioni non bastano. Ci vogliono i medicinali, per evitare quell'accumulo di ferro che pesa su diversi organi, causa varie patologie ed è in definitiva il responsabile della morte dei malati talassemici. Si tratta di medicinali denominati chelanti: sempre più specifici, sempre più efficaci, purtroppo sempre più cari. Troppo costosi per un Paese evoluto ma povero come il Marocco. In Italia, la "dose" per un anno di terapia si aggira sui 4-5 mila euro, in Marocco i farmaci migliori raggiungono i 23 mila dollari. Una cifra impossibile, immorale, in contrasto con tutte le promesse fatte ai vertici dei Paesi ricchi, e sempre regolarmente smentite, di garantire medicinali gratuiti ai Paesi più poveri. Forse, se le multinazionali che li producono avessero il cuore dei genovesi... •



Piccoli talassemici all'ospedale di Rabat



Consegna medicine



Polizza sanitaria

Anche quest'anno è possibile aderire alla polizza sanitaria Enpam fino al 31 luglio 2008, mantenendo inalterata la decorrenza della copertura assicurativa dal 1° giugno 2008. La Compagnia Generali ha infatti consentito tale proroga

di Pietro Ayala (*)

Il nuovo termine di scadenza è valido per tutti: sia per coloro che si sono già assicurati per il periodo maggio 2007 – maggio 2008 (che devono soltanto rinnovare per la nuova annualità), sia per i nuovi aderenti. Nel caso non fosse stato recapitato o fosse andato smarrito l'avviso di pagamento, sarà possibile richiedere l'invio di un duplicato ovvero le modalità per effettuare un bonifico bancario telefonando al numero verde gratuito della Banca Popolare di Sondrio 800248464.

Come aderire? Troverai anche in questo numero il modulo di adesione da compilare e inviare alla Fondazione Enpam – Casella Postale 7216 – 00100 Roma Nomentano.

Perché assicurarsi?

È evidente: chi è assicurato ha un vantaggio decisivo in caso di necessità, e può fare le scelte più appropriate e di qualità, senza condizionamenti economici:

1) possibilità di usufruire, in caso di necessità di intervento chirurgico, del **Convenzionamento Diretto** (senza applicazione di franchigia) utilizzando la rete

dei centri clinici ed équipes mediche convenzionate con Generali Business Solutions S.p.A. su tutto il territorio nazionale.

2) In caso di ricovero in struttura pubblica con intervento chirurgico (e quindi in assenza di spese) corresponsione di una **diaria giornaliera di euro 200,00** sin dal primo giorno di ricovero.

3) In caso di ricovero in struttura pubblica per grave evento morboso corresponsione di una **diaria giornaliera di euro 150,00** sempre senza franchigia.

4) Possibilità di eseguire interventi chirurgici nel mondo intero.

Eppure, non tutti i medici conoscono questa importante opportunità; molti medici hanno sottoscritto da anni la polizza sanitaria Enpam, ma il numero degli aderenti potrebbe essere maggiore. Non è solo un fatto di orgoglio statistico, ma è la “chiave di volta” della Convenzione. Molte adesioni, producono condizioni migliori per tutti.

Poche adesioni richiederebbero (per la cosiddetta “antiselezione del rischio”) l'aumento del premio o il restringimento delle prestazioni.

La grande forza contrattuale di Enpam può esprimersi solo se il numero di adesioni alla polizza cresce o comunque rimane molto elevato.

La Fondazione Enpam è orgogliosa di aver dimostrato che “l'assicurazione salute” può avere in Italia costi contenuti, a condizione che il progetto sia largamente condiviso.

Ecco perché Enpam sollecita i medici iscritti ad aderire alla polizza sanitaria: difesa importantissima del benessere del medico italiano e della sua famiglia. •

(*) Vice direttore generale Enpam

**Nelle due pagine
che seguono
il modulo
per aderire
alla polizza**

MODULO DI ADESIONE E AUTOCERTIFICAZIONE

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

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

☐

**Intero Nucleo
2) Familiare**

☐

2a) Medico e UN solo familiare - Costo annuale € 360,00

€ 160,00 –Polizza 273669331

Polizza 273669332

☐

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 1/06/2008– 31/05/2009), con efficacia delle garanzie dall'1/06/2008 se avrò aderito entro il 31.05.2008 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 NOMENTANO



Informativa contrattuale e commerciale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE:

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

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

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

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

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

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



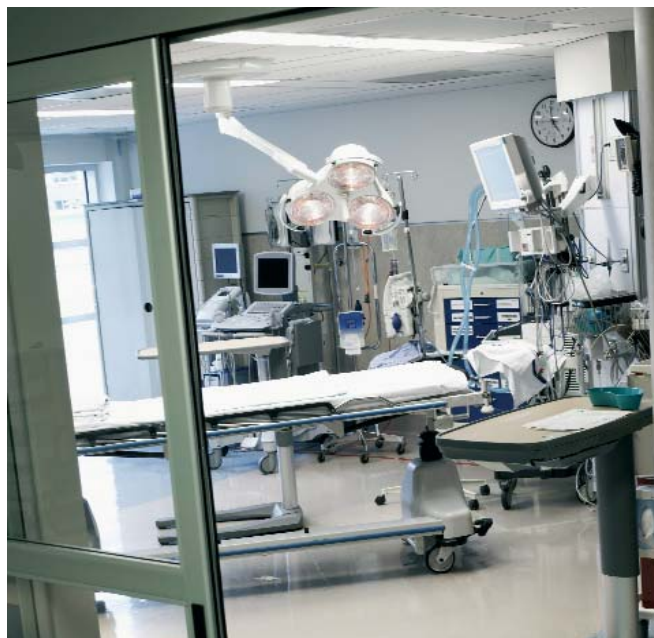
Un serpente che non fa paura

Dall'Inghilterra in sperimentazione una nuova tecnica chirurgica non invasiva senza incisioni sulla cute e antiestetici segni visibili, nonché un ridotto rischio di infezioni

di Livio Frittella

I serpenti, si sa, sembrano disegnati dall'evoluzione per addentrarsi con facilità nei passaggi più angusti. Il loro corpo affusolato e il loro incedere sinuoso sono di ispirazione per la moderna chirurgia, che punta a una sempre minore invasività. Si chiama *iSnake* il dispositivo biomimetico messo a punto in Gran Bretagna per strisciare all'interno di un organismo umano e intervenire senza produrre alcuna cicatrice esterna. È in pratica un tubo flessibile robotizzato, lungo quanto una cannuccia e dotato di motori, sensori e strumenti d'immagine, che si muove mediante un controllo remoto. Un'innovazione che si deve allo staff coordinato da Lord Ara Darzi, professore di chirurgia presso l'*Imperial College* di Londra, pioniere delle tecnologie applicate alle tecniche operatorie e attualmente viceministro della Sanità di Sua Maestà (impegnato nella riforma del Servizio sanitario nazionale).

Secondo il settimanale *Sunday Times*, per ora sono i suini a sperimentare i benefici di questa rivoluzionaria pratica, testata anche in India, Stati Uniti e Francia, e denominata Chi-



rurgia Endoscopica Transluminale attraverso Orifici Naturali. *L'iSnake* viene per così dire "calato" nello stomaco e di lì è in grado di raggiungere la parte anatomica da asportare, ad esempio l'appendice, la cistifellea o un segmento dell'intestino. Con il bisturi comandato a distanza si pratica il taglio e poi, afferrato l'organo, lo si tira su,

**La chirurgia
senza cicatrici
sarà sperimentata
sull'uomo
tra tre o quattro anni**

lungo l'esofago, estraendolo infine dalla cavità orale. Il tutto senza alcun incisione sulla cute e alcun antiestetico segno visibile, nonché un ridotto rischio di infezioni. Per il paziente il rovescio della medaglia dovrebbe essere rappresentato da un po' di mal di gola e da un cattivo gusto in bocca. Due "effetti collaterali" dell'avveniristica tecnica che tutto sommato sarebbero ben accettabili, considerata – oltre all'assenza di deturpazioni esterne – la riduzione dei tempi di degenza e di convalescenza che ne deriverebbe. "Se entreremo tramite lo stomaco dobbiamo mettere a punto strumenti ap-

propriati per chiudere i buchi con efficacia" – ha spiegato il professore al giornale inglese. Pur chiarendo di essere "soltanto agli inizi", Lord Darzi si dice convinto che in futuro questa tecnica – per lo sviluppo della quale ha ricevuto un finanziamento di 2,1 milioni di sterline (più di 2,6 milioni di euro) – potrebbe essere usata anche per la rimozione di molti tumori interni. Ha inoltre ipotizzato l'uso di altri orifici, anche se la bocca sembra il più adatto allo scopo.

Il *Sunday Times* prevede che l'efficacia di questo tipo di chirurgia senza cicatrici sarà probabilmente verificata sull'uomo tra tre o quattro anni. Ma l'utilizzo dell'*iSnake* non si fermerà a queste applicazioni: potrà essere impiegato per le diagnosi dell'apparato digerente e per la realizzazione di bypass cardiaci. "La capacità di trasmettere immagini accoppiata alla precisione nel movimento consentiranno di effettuare procedure diagnostiche e terapeutiche mai pensate prima" – ha concluso il viceministro della Sanità. "Grazie a *iSnake* i trattamenti saranno meno costosi e invasivi, con un recupero molto più veloce". E il dottor Ted Bianco, direttore dell'ufficio di trasferimento tecnologico del *Wellcome Trust* – l'ente non profit che finanzia la ricerca biomedica – ha aggiunto: "Sono finiti i tempi i cui il bisturi del chirurgo la faceva da padrone in campo chirurgico. Il futuro sta tutto in dispositivi intelligenti come l'*iSnake*". •



Cinzia, 7 anni

“Drogarsi” di Internet

La rete, pur consentendo un miglioramento nella vita delle persone, allo stesso tempo rappresenta un pericolo per chi ne usufruisce in maniera inadeguata. L'uso eccessivo porta all'insorgere di difficoltà soprattutto nell'area relazionale dell'individuo, che rimane assorbito dalla sua esperienza virtuale: è l'Internet Addiction Disorder

di Lina Vita Losacco

Nella Corea del Sud la Internet Addiction¹ è considerata tra i problemi più gravi di salute pubblica: a seguito della morte di dieci persone, avvenuta per malattie cardiopolmonari in alcuni Internet café, e per un omicidio collegato a giochi d'azzardo, il governo ha preso seri provvedimenti e avviato diversi studi in merito.

Nel 2006, 210 mila soggetti dai 6 ai 19 anni, hanno manifestato sintomi da Internet-dipendenza, di cui l'80 per cento necessitava di cure e tra il 20 e il 24 per cento di ospedalizzazione. La Canadian Medical Association ritiene le forme di abuso-dipendenza da Internet condizioni psicologiche che includono una grande varietà di usi patologici della Rete, a loro volta legati alle caratteristiche di perso-

nalità e alle vie di soddisfazione e rinforzo che l'utente sperimenta. Mud (giochi di ruolo), chat, informazione, gioco d'azzardo, cybersesso, possono dunque causare assuefazione, problemi sociali, sintomi d'astinenza, isolamento e ritiro, problemi prestazionali, fenomeni dissociativi più o meno gravi. Il rischio è maggiore per i bambini in quanto la crescita psicologica, neuroco-

gnitiva e relazionale potrebbe subire seri danni.

Anche in Italia i dati sono piuttosto preoccupanti. Nel 2005 ben 4 milioni 834 mila (57,1 per cento) tra bambini e ragazzi dai 3 ai 17 anni, hanno usato il computer e 2 milioni 484 mila tra i 6 e i 17 anni si sono collegati ad Internet². Un'indagine coordinata dal professor D. La Barbera dell'Università di Palermo, svolta su un campione di oltre 2200 studenti delle scuole superiori, rivela che “un adolescente su cinque soffre di comportamenti disfunzionali rispetto all'uso di cellulari, Internet e nuove tecnologie”³.

Jerald J. Block⁴, Università di Salute e Scienza dell'Oregon, ritiene la Internet Addiction un particolare tipo di disturbo compulsivo-impulsivo da inserire nel prossimo DSM⁵ e che, in relazione a gioco eccessivo, preoccupazioni sessuali, comunicazione tramite e-mail/messenger, presenta caratteristiche tipiche dello stato di dipendenza: l'uso eccessivo e la negazione dei bisogni di base, chiusura in se stessi, astinenza (con frustrazione e depressione quando si è in assenza di accesso alla rete), assuefazione (che porta a desiderare di essere sempre più a lungo davanti al pc e di avere software e hardware sempre più sofisticati), ripercussioni negative sulla vita sociale e sul-

¹ Si parla di Internet Addiction Disorder per la prima volta nel 1996, con la pubblicazione della ricerca su un campione di soggetti dipendenti dalla rete “Internet Addiction: the emergence of a new clinical disorder” di Kimberly Young, Università di Pittsburgh.

² Indagine Multiscopo 2005, “Aspetti della vita quotidiana” (Istat, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Istituto degli Innocenti di Firenze).

L'indagine è stata condotta su 24 mila famiglie, per un totale di circa 55 mila individui. Le famiglie con minori sono state pari al 29,2 per cento del campione.

³ Pubblicazione su Focus.it, periodico dell'Istituto di informatica e telematica del Consiglio nazionale delle ricerche di Pisa (Iit-Cnr), 2.08.07.

⁴ Block J.J. Issues for DSM-V: Internet Addiction. American Journal of Psychiatry 2008; 165: 306-7.

⁵ DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, il V è previsto nel 2011.

la salute. Nell'86 per cento dei casi la dipendenza da Internet è associata anche ad altre forme di dipendenza tra quelle riconosciute nel DSM IV.

Chi sono i fan-abused

Sempre più numerosi, bambini e adolescenti non riescono a far a meno del computer e della rete: usano posta elettronica, chat, forum, esprimendosi con un lessico sempre più impoverito e usando frasi sempre più sgrammaticate; l'*Internettese*, fatto di forme abbreviate, rapide e incisive per risparmiare movimenti sulla tastiera, preoccupa gli insegnanti che lo giudicano negativamente.

Il 44 per cento degli adolescenti considera il computer l'alleato cui rivolgere le domande "imbarazzanti" sulla sessualità, per non incorrere in giudizi. La rete offre certamente numerosi vantaggi ma altrettanti sono i pericoli in cui ci si imbatte anche se i soggetti più a rischio, in genere, sono quelli con difficoltà relazionali e comunicative e, frequentemente, problemi psicologici e psichiatrici (Shapira et al, 2000). Il cyberbullismo ad esempio riguarda ragazzi con grosse difficoltà relazionali o di autostima, carenti di una figura genitoriale di riferimento.

I minori sono certamente più a rischio per la fragilità emotiva, morale, affettiva della loro delicata fase di crescita (infanzia e adolescenza); e quando non possono fare riferimento agli *altri significativi*, il web rappresen-

ta una risposta all'isolamento individuale e ad una malinconia esistenziale; l'adolescente non ancora in grado di gestire le proprie sofferenze e le situazioni conflittuali trova più facile allontanarsi da esse immergendosi in un mondo fantasioso e virtuale più facilmente gestibile; le conoscenze fatte in rete, anche se sono finte, non comportano le frustrazioni vissute nella realtà, danno l'impressione di essere più semplici e veloci, senza incertezze e, cosa fondamentale, di essere compresi e di poter comprendere, di condividere le emozioni proprie ed altrui. La partecipazione alla realtà on line, rappresenta una fuga da quella concreta, quotidiana, avvertita come minacciosa o ansiogena; quando è in rete, il soggetto può investire

parte di sé e interagire, creare delle relazioni (in gran parte costruite dalla propria mente), annullare il contesto sociale denso di angosce. Questa interazione rafforza e rende autonomi, contribuisce alla costruzione dell'identità e fa accedere al mondo degli adulti.

Un altro nutrito gruppo dipendente dalla rete è rappresentato dai giovani amanti della tecnologia e che già da piccoli sono affascinati da giocattoli con ingranaggi complicati; G. è uno di loro che ha subito il fascino del computer in età scolare scoprendo nuovi percorsi mentali e nuove soluzioni. Come molti altri bambini, quando G. ha conosciuto i videogiochi ha iniziato a "sfidarli", anche in modo ossessivo, per diventare sempre più bravo. In questi casi la

sensazione di poter controllare il computer dà soddisfazione, è gratificante e fa aumentare la propria autostima; il computer diventa l'amico fedele, dà sicurezza, permette di essere solitari ma non soli. G. oggi ha 20 anni, lavora, ma ha l'ansia di dover tornare a casa al più presto per essere dinanzi al computer; non ha molti amici, né interessi sociali e, come egli stesso sostiene, è dipendente dalla rete. *Interattività, anonimato, possibilità di fuga e di costruire la propria identità* creano la dipendenza da Internet.

Ma i genitori che ne pensano? Molti di loro contribuiscono al comportamento tecno-dipendente dei figli; la madre di G., ad esempio, sostiene: *"piuttosto che saperlo fuori, chissà dove e con chi, tra i mille pericoli, mi sento più sicura sapendo che è in camera sua al computer...è più sotto controllo"*. Il genitore spesso non comprende il travolgimento che sta subendo suo figlio, gli basta saperlo "al sicuro", in casa; le sue emozioni, un profondo malessere, quello che fa o che pensa suo figlio forse contano meno.

In Cina, dove il 13,7 per cento degli adolescenti ha manifestato effetti da Internet addiction (studio del 2006 del Centro Nazionale per l'Infanzia della Cina), il governo ha attuato azioni di prevenzione e contrasto della dipendenza da Internet, imponendo, ad esempio, il divieto dell'uso dei video-giochi per più di tre ore al giorno. •



Sveglia... a comando

di Antonio Gulli

Una recente ricerca svolta da alcuni studiosi italiani guidati da uno dei maggiori esperti internazionali sul sonno, il neuropsichiatra Piero Salzarulo, ha messo in evidenza che una parte - seppur minoritaria - del campione di popolazione studiato si sveglia un attimo prima che l'allarme della sveglia suoni. La ricerca ha

rilevato che il 3,3 per cento degli intervistati, in sostanza, posseggono la misteriosa facoltà di comandare il sonno. E, svegliandosi senza alcun aiuto esterno umano o meccanico, questi soggetti dichiarano di sentirsi "più riposati". Questi "auto-risveglianti" - o *self awakeners* - dichiarano, infatti, che lo svegliarsi tutti i giorni alla stessa ora in maniera spontanea, rispetto a quanti usano la sveglia, facilita loro l'uscita dal sonno e fa sì che da desti si sentano più riposati. C'è da aggiungere che il 16 per cento del campione raggiunto ha dichiarato che usa la sveglia "solo in certe occasioni". L'ipotesi formulata da Salzarulo - che ha presentato i risultati dei lavori su questo tema l'11 giugno nel corso della Giornata della Ricerca - è che "chi riesce a svegliarsi spontaneamente all'ora voluta è anche capace di modificare l'orario di risveglio rispetto a quello abituale, anticipandolo o posticipandolo. Questo fenomeno implica che l'organismo si prepari progressivamente, nel corso del sonno, a modificare il proprio stato comportamentale, affinché nel momento desiderato l'individuo si svegli" (Red-Ile/Adnkronos Salute; 2008). All'ipotesi appena riportata si può anche aggiungere che il fenomeno dell'autonoma capacità di risveglio sia dovuto a quel complesso processo di interiorizzazione del "comportamento atteso", che fa sì che un'acquisizione comportamentale (abitudine) si naturalizzi al punto da governare le dinamiche regolative veglia-sonno. Da qui l'assunzione dell'idea che a regolare i tempi di questa parte della nostra vita che è il dormire intervengano anche fattori che si legano squisitamente alla sfera culturale. O, per dirla in altro modo, al senso di "responsabilità" con cui i diversi impegni vengono vissuti.

Ritorniamo su quanto indicato, non prima, però, di misurarci nell'offrire un minimo di risposta alla domanda: ma che cosa è il sonno? Si può definire questa condizione dell'organismo come uno "stato fisiologico caratterizzato da un'interruzione dei rapporti sensoriali e motori che legano l'organismo al suo ambiente, e passibile di modificazioni in seguito a stimolazioni adeguate". Le due più antiche teorie sul sonno sono quelle di I. P. Pavlov, per il quale il sonno è dovuto a un'inibizio-

ne della corteccia cerebrale, e quella di W. R. Hess, che riconduce il sonno a un'attivazione di strutture ipnogene diencefalitiche. Attualmente, la concezione che si ha del sonno rappresenta un po' la sintesi delle due teorie ed è il frutto della conoscenza relativa all'attività dei due sistemi: il primo, responsabile dello stato di veglia, è la formazione reticolare ascendente; il secondo, responsabile del sonno, è rappresentato da diverse regioni ipnogene del telencefalo e di diversi punti del lobo frontale, la cui stimolazione provoca il sonno, rivelando un'attività antagonista a quella della formazione reticolare. In sostanza, tutto quello che oggi si conosce sul sonno è stato scoperto grazie a particolari esami basati sul monitoraggio delle onde cerebrali. Da qui la possibilità di affermare che esistono diverse fasi o stadi del sonno. Durante il sonno i bassi livelli di adrenalina e di corticosteroidi - che sono gli ormoni associati alla condizione di veglia - danno la possibilità all'organismo di sfruttare i più elevati livelli di ormone della crescita. Il ciclo di sonno e di veglia - sappiamo oggi - è regolato anche dalla melatonina. L'azione di questo ormone è fortemente correlata alla luce. Infatti, il buio ne determina la produzione segnalando all'organismo di rallen-

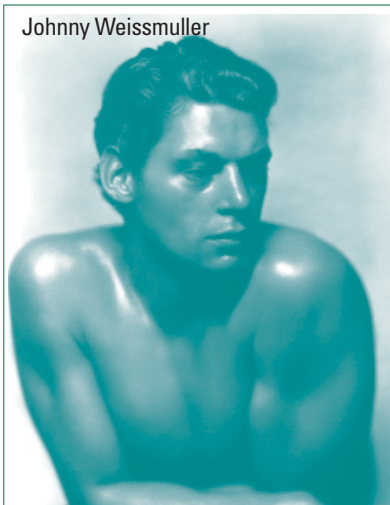
tare lentamente le sue attività, spingendolo al sonno. Tutti gli studiosi hanno evidenziato che esistono due fasi principali del sonno: la fase non-REM (sonno ortodosso) e la fase REM (sonno paradosso). In questa ultima fase, che si verifica normalmente quattro o cinque volte per notte, si fanno sogni molto intensi. Gli esperti ci dicono che durante la notte si susseguono diversi cicli del sonno, della durata di 90-100 minuti, caratterizzati dal passaggio attraverso vari stadi. Abbiamo,

quindi, un primo stadio in cui l'attività celebrale rallenta e le onde alfa dell'elettroencefalogramma vengono sostituite da ondulazioni abbastanza regolari; uno stadio 2, - che possiamo definire di "sonno leggero" - in cui prevalgono onde con brevi esplosioni di attività celebrale o di "fusi del sonno"; uno stadio 3 - in cui le onde diventano lente e grandi - che è il primo sonno vero e dura la metà del tempo totale del sonno (sonno profondo); uno stadio 4 - che è quello più profondo - che rappresenta la fase in cui il nostro organismo si rigenera (sonno effettivamente profondo). Questo stadio, che ha una durata di circa 15 minuti, si alterna, per esempio in un adulto, all'incirca ogni due ore e tende a durare sempre di più fino ad arrivare al momento più lungo che precede il risveglio. Non è possibile stabilire quanto si deve dormire; non esiste un tempo standard. Questo è un fattore estremamente individuale e, quindi, varia da persona a persona. Sicuramente è importante, però, la qualità del sonno. E una buona qualità è data, da un lato, dal rispetto del modo con cui si dorme; dall'altro, da quanto si dorme. Non potendo stabilire - come indicato - una quantità che valga trasversalmente per tutti gli individui, si può dire che ognuno di noi, al fine di dormire per la durata opportuna, deve cercare di rispettare il "giusto tempo" indicato dal proprio "orologio biologico". Il funzionamento di questo orologio - è utile ricordare - corrisponde al ciclo circadiano (dal latino circa *diem* = "circa un giorno") il quale regola, attraverso l'azione di messaggeri chimici e nervosi, i processi organici che avvengono ogni giorno nel nostro corpo. Un ritmo circadiano è all'incirca un ciclo di 24 ore nei processi fisiologici degli esseri viventi, incluse piante, animali, funghi e cianobatteri. Lo studio formale dei ritmi temporali biologici - giornalieri, settimanali, stagionali ed annuali - è chiamato cronobiologia. Per tornare al fenomeno indagato dall'équipe del professor Salzarulo, anche sulla scorta di quanto accennato circa la rilevanza che è possibile attribuire ai fattori culturali che possono regolare il rapporto veglia-sonno, si può ipotizzare che a informare l'orologio biologico di ognuno di noi intervengano delle forme sociali e culturali di "aspettativa di durata". Da qui le dichiarazioni da parte degli "auto-risveglianti" di sentirsi più riposati. In sostanza, l'organismo, interagendo attraverso un rapporto di condizionamento stretto con lo status ricoperto dal soggetto, riorganizza le proprie modalità di attività celebrale secondo quel "tutto compreso" che è la "vita della mente". Alla fine, per ricaricare le batterie come si deve è meglio tener conto anticipatamente di ciò che ci aspetta e non aspettare che gli impegni ci piombino addosso nel momento in cui forse è richiesto il massimo della tranquillità. Il risveglio. •

9 LUGLIO 1922

Il primo a scendere sotto il minuto nei 100 metri stile libero - 58 secondi e sei decimi - è l'americano Johnny Weissmuller. L'atleta statunitense raccoglierà successi anche nel mondo del cinema impersonificando il personaggio Tarzan.

Johnny Weissmuller



25 LUGLIO 1943

Il Gran Consiglio del Fascismo mette in minoranza Mussolini. Al maresciallo Badoglio viene affidato il governo del Paese. Di lì a poco la firma dell'armistizio con le forze Alleate.



Maresciallo Badoglio

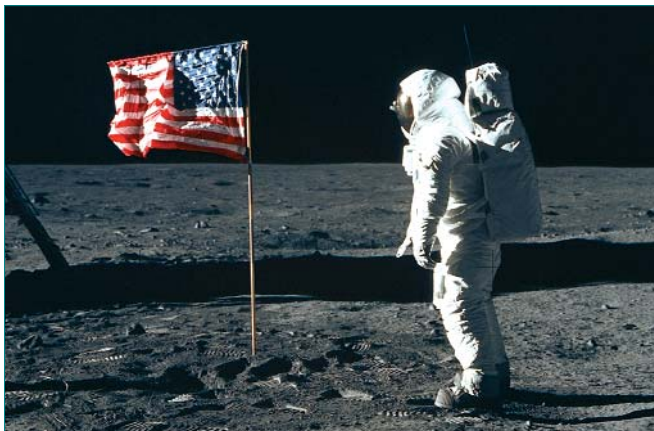
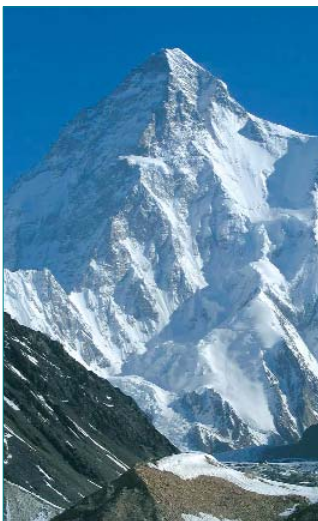
Luglio e le sue storie...

Tutte le volte che assegno una carica faccio cento scontenti ed un ingrato

Luigi XIV

31 LUGLIO 1954

Due scalatori italiani, Achille Compagnoni e Lino Lacedelli, conquistano la seconda vetta al mondo, il K2. La spedizione, guidata da Ardito Desio, riporta dalla vetta l'immagine di Compagnoni che ammira il panorama da 8816 metri di altezza. Purtroppo, a causa del freddo estremamente intenso, Compagnoni perderà le dita di una mano ed il viso di Lacedelli sarà per sempre segnato dalle piaghe.



21 LUGLIO 1969

La missione spaziale Apollo corona di successo un sogno dell'umanità: portare l'uomo sulla Luna. Il primo a calpestare il suolo lunare fu l'astronauta Neil Armstrong. Storica la sua immagine mentre posa per l'obiettivo accanto alla bandiera americana.

26 LUGLIO 1953

Viene firmato l'armistizio con il quale ha termine la guerra di Corea.

19 LUGLIO 1980

Le Olimpiadi di Mosca sono segnate dal boicottaggio di ben 62 Paesi che protestano per l'intervento militare sovietico in Afghanistan. L'Italia in campo sportivo si impone con otto medaglie d'oro, tre d'argento e quattro di bronzo, ma partecipa senza inno né bandiera.

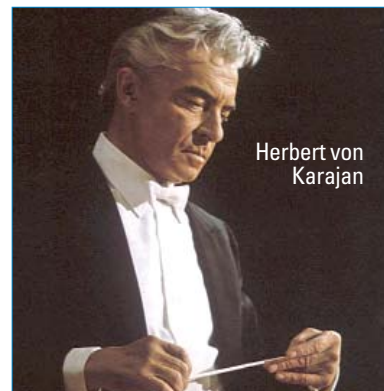
18 LUGLIO 1986

In Italia diventa obbligatorio per i motociclisti indossare il casco.



16 LUGLIO 1989

Il mondo della musica classica perde uno dei suoi principali interpreti: scompare in Austria, infatti, il noto direttore d'orchestra Herbert von Karajan.



Herbert von Karajan

COMUNICAZIONE

Dall'ottobre del 2006 ad oggi sono oltre 1800 le email pervenute alla redazione del giornale - trasmesse da Università, strutture sanitarie pubbliche e private, Società scientifiche, associazioni di medici e di malati, segreterie scientifiche ed organizzative - inerenti la richiesta di pubblicazione di annunci riguardanti congressi, convegni e corsi di natura scientifica. Alle email vanno sommate le centinaia di fax e la corrispondenza per posta ordinaria. Anche per questi motivi chiediamo agli interessati l'invio anticipato degli annunci.



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.



Università di Bologna - Polo didattico di Rimini

Wound management of necrotizing skin and soft tissues diseases

21-25 July, University Centre of Bertinoro (Fc), Italy

Proponent: prof. Luigi Barbieri

Director: Davide Melandri

Teaching objectives: acquisition of latest knowledge in tissue repair and clinical features of necrotizing and soft tissue diseases and trauma. Management of wound healing techniques

Target group and prerequisites for admission: the school is addressed to medicine graduate, specialists in dermatology, plastic surgery, orthopaedic, geriatrics and nurses

Credits and evaluation: 4 cfu medical doctors; 2 cfu nurses; ecm (in assessment)

Accommodation and meals: University Centre of Bertinoro

Informations and Registration:

d.ssa Antonella Frassetto, tel. 0547 352727, fax 0547 352718

e-mail: afrassetto@ausl-cesena.emr.it

Centro Grandi Ustionati, Ospedale "M. Bufalini", Viale Ghirotti 286, 47023 Cesena Italy

sito web: <http://www.unibo.it/Portale/Relazioni+Internazionali/Summer+School/summer/Medicine/Woundmanagement.htm>

Corso di mesoterapia

Boario Terme (Bs), 6-7 settembre, Hotel Excelsior Palace

Organizzatori: dott. Stefano Marcelli, Scuola Italiana di Mesoterapia

Programma: Sabato: generalità, storia della mesoterapia, indicazioni e controindicazioni, strumenti, i cinque meccanismi d'azione, (suggerione, puntura, sanguinamento, anestetici, altri farmaci). Appunti di procedura, la scelta delle zone da trattare, punti locali e distanti, microiniezioni e nappage, mesoterapia classica (Pistor), mesoterapia puntuale sistematizzata (Mrejen), mesoterapia intraepidermica (Perrin), profondità di puntura, i farmaci della mesoterapia, allopatia e omeopatia, agopuntura, neuralterapia e mesoterapia, effetti collaterali locali e sistemici. Il Test dei punti attivi.

Domenica: dimostrazioni pratiche su pazienti

Informazioni: tel. 0364 535916, 328 4898603, sito web: www.meso.it

Ecm: richiesti crediti ecm

La Medicina dell'arte: foniatria, logopedia, tecnica respiratoria

Reggio Calabria, 2 agosto, piccolo auditorium Lamberti-Castronuovo via Damiano Chiesa n.5

Docenti: dott. prof. Alfonso Gianluca Gucciardo, dott.ssa Roberta Mazzocchi

Argomenti: la foniatria artistica al servizio dei cantanti. Aspetti clinici e di counselling tra artista e medico dell'arte. Il logopedista e il cantante. Il convegno è rivolto alle seguenti categorie: foniatri, logopedisti, otorinolaringoiatri, medici chirurghi, audiologi

Informazioni: Segreteria organizzativa

Associazione Musicale Reggina Domenico Scarlatti, Presidente M° Tiziana Pizzi

tel. 0697 840876, 333 5219956, e-mail: tizi@fastwebnet.it

Ecm: è stato richiesto l'accREDITAMENTO ecm alla commissione del ministero della Salute

L'Ipnosi nel controllo del dolore

Milano, 18-19 ottobre - 15-16 novembre - 13-14 dicembre - 17-18 gennaio 2009

Direttore del corso: prof. G. De Benedittis

Corso monotematico destinato a coloro che desiderano approfondire elettivamente l'uso dell'ipnosi nel settore specifico.

Ecm: accreditamenti richiesti

Informazioni: prof. G. De Benedittis, Centro per lo studio e la terapia del dolore, Università di Milano, Policlinico, tel.

02 55035518 (ore 11.30-12.30) 02 55033624 (segr. tel.), fax 02 55035518, www.cstdol.it, email:

giuseppe.debenedittis@unimi.it

R.M. Società di Congressi s.r.l. (Milano), tel. 02/70126308, fax: 02/7382610, e-mail: info@rmcongress.it



Pediatria e neonatologia per pediatri di libera scelta

Isola Palmaria - Portovenere (Sp), 25-26 settembre

Direttori: prof. Giulio Bevilacqua, prof. Giovanni Serra

Il corso ha lo scopo di fornire al Pediatra di libera scelta le basi metodologiche e le nozioni per affrontare le problematiche diagnostiche - terapeutiche delle principali patologie del neonato post - dimissione, del lattante e del divezzo. La metodologia impiegata è basata su moduli interattivi e si avvale del metodo del "Problem Solving Learning".

Informazioni: Segreteria Scientifica prof.ssa W. Bonacci, prof. S. Parmigiani

Segreteria Organizzativa: Top Congress & Incentive Travel s.r.l.

tel. 089 255179, fax 089 5647017, e-mail: congressi@topcongress.it

Laser endovena e laser a bassa potenza

S. Mariano di Corsico (Pg), 13 settembre

Argomenti: laser endovena: le basi teoriche e gli studi scientifici a supporto (dott. Giuseppe Vallesi), laser endovena: modalità di utilizzo del dispositivo ed esperienza clinica (dott. Francesco Raggi)

Informazioni: Segreteria organizzativa

Sito web: www.laserendovena.com, e-mail: info@laserendovena.com, tel. 328 8988167

International Conference

Sebaceous gland, acne and related disorders

Roma, 13-16 settembre

Informazioni: Segreteria Scientifica

Via della Balduina 88, tel. 06 35497114, fax 06 35341535

e-mail: acne2008@jaka.it, sito web: www.jaka.it

Associazione Italiana Odontoiatri

Implantoprotesi

Roma, 26 e 27 settembre, 17 e 18 ottobre, 14 e 15 novembre, 12 e 13 dicembre

Scopo del corso è di passare in rassegna le molteplici situazioni anatomo-cliniche che solitamente si incontrano nella normale pratica ambulatoriale, eseguire un corretto approccio diagnostico, al termine del quale formulare uno o più piani di trattamento, e fornire quindi le basi per una corretta riabilitazione impianto-protesica

Informazioni: dott. Giovanni Migliano, tel. 06 7803744, e-mail: joli2001@libero.it

Società di ortopedia e traumatologia dell'Italia centrale

Fissazione esterna in traumatologia e ortopedia

Le osteonecrosi del ginocchio, Foligno 18 - 19 - 20 settembre

Informazioni: Etrusca Conventions snc, Via Bonciario 6/d, 06123 Perugia, tel./fax 075 5722232

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

Ottimizzazione neuro psico fisica e crm terapia

Anno accademico 2008/2009, Istituto Rinaldi Fontani, Firenze

Obiettivi: scopo del master è di formare medici esperti nella diagnosi dei disturbi e delle patologie stress correlate e nella terapia di esse mediante ottimizzazione neuro psico fisica

Durata: 11 mesi

Informazioni: Istituto Rinaldi Fontani, tel. 055 290307, fax 055 290399

e-mail: infomaster@irf.it, sito web: www.irf.it

Segreteria post laurea sezione master: tel. 055 4598775/4598767, fax 055 4598828

e-mail: master@polobiotec.unifi.it, sito web: www.med.unifi.it

Ecm: al master sono attribuiti 60 crediti formativi universitari



Neurologia del 2000: consensi e controversie

Vinchiato (Campobasso), 17 ottobre, Hotel Le Cupolette, S.S.17 "Sannitica" località S. Maria delle Macchie

Organizzatore: F. Monaco

Argomenti: la malattia di Parkinson, le epilessie, le demenze

Informazioni: **Segreteria Scientifica** M. Mula, S. Servo, G. Strigaro, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Clinica Neurologica, Corso Mazzini 18, 28100 Novara, tel. 0321 3733371, fax 0321 3733298

Segreteria Organizzativa: e-provider Piera Cian, Comitato Rnp, C.so F. Turati 70, 10134 Torino
tel./fax 011 3180465, 335 8020981, e-mail: piera.comitato@libero.it

Ecm: verranno richiesti crediti ecm per neurologi, neurofisiologi e neuroradiologi

Congress of the european association for the cranio-maxillo-facial-surgery

Bologna, 9-12 settembre

Presidente: Luigi Clauser

Informazioni: **Segreteria Scientifica**

Manlio Galiè, Unità Operativa di chirurgia maxillo facciale, Arcispedale S. Anna, Corso Giovecca 203, 44100 Ferrara
tel. 0532 236726 236365, fax 0532 236989

e-mail: manlio.galiè@unife.it; csr@unife.it, sito web: www.unife.it/cmf, www.eacmfs2008.com

Segreteria Organizzativa: Bologna Congressi s.p.a., Sig.ra Mila Rossi, Piazza della Costituzione 4, 40128 Bologna,
tel. 051 6375111, fax 051 6375170, e-mail: info@bolognacongressi.it, mrossi@bolognacongressi.it
sito web: www.bolognacongressi.it

Campus di ecografia muscoloscheletrica

Novi Ligure (Al), Villa Pomela, 29 settembre - 2 ottobre

Coordinatore: dott. Enzo Silvestri

Corso residenziale suddiviso in 4 moduli didattici interattivi con esami effettuati dal vivo su apparecchiature e seguente stage pratico di 20 ore da effettuarsi presso centri di ecografia muscoloscheletrica situati in Italia; il programma scientifico è scaricabile su www.radiologiascheletrica.org

Informazioni: **Segreteria Tecnico-Organizzativa** Ecm Service, Via Pendola 7/2, 16143 Genova
tel. 010 505385, fax 010 504704, sito web: www.ecmservice.it, email: e.orengo@ecmservice.it

Scuola superiore sessuologia clinica

Corso biennale consulente in sessuologia

Torino, settembre

Direzione Scientifica: prof. Giorgio Abraham, Università di Ginevra e prof. Dario Fontana, Università di Torino

Coordinamento Didattico: dott. G. Cociglio

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

Informazioni: **Segreteria Scientifica** dott.ssa M. Magnino, C.so Unione Sovietica 335

tel/fax 011 6199465, e-mail: segreteria@sssc.torino.it, sito web: www.sssc.torino.it

Ecm: accreditamento ecm previsto

Ecografia muscoloscheletrica

Roma, 3 e 4 ottobre

Docente: prof. Pietro Maceroni

Il partecipante al corso acquisisce le conoscenze teoriche e le metodiche di esecuzione degli esami ecografici del sistema muscolo- scheletrico ottenendo così le capacità di utilizzare tale metodica nella sua pratica professionale

Informazioni e iscrizioni: tel. 06 665029, e-mail: info@eidomedica.it, sito web: www.eidomedica.it

Ecm: in attesa di crediti ecm



Congresso Nazionale Sipo - Società italiana di podologia **Podologia dello sport multidisciplinare**

Roma, Appia Park Hotel, 3-4 ottobre

Presidente: dott. Luca Avagnina

Argomenti: clinica & semeiotica medico sportiva, posturologia dinamica & propriocezione nello sport, biomeccanica dinamica del gesto sportivo, tecniche infiltrative nelle patologie podaliche sportive, podologia sportiva esperienze europee, dermatopatie & terapie dermatologiche in podologia dello sport, la gestione del piede diabetico in podologia dello sport, bendaggi funzionali e terapia ortesica in podologia sportiva, baropodometria e dinamometria in podologia sportiva

Informazioni: Segreteria Organizzativa: Centro Congressi Internazionale Sea

tel. 010 5740358, fax 010 5701127, e-mail: info@cci-sea.com, sito web: www.cci-sea.com

Ecm: verrà richiesto l'accreditamento per medici, podologi e fisioterapisti

Convegno Internazionale di aggiornamento **Cioccolato, donna, gravidanza**

Perugia, 19-21 ottobre, Centro Congressi, Via Ruggero d'Andreatto 19

Presidente: prof. Gian Carlo Di Renzo

Alcuni argomenti: cioccolato e suoi componenti, metodi di dosaggio dei componenti del cioccolato, flavanoli nell'alimentazione, azione vascolare dei flavanoli e delle procianidine, antiossidanti e funzione vascolare, effetti delle procianidine sul sistema immunitario, fitosteroli e metabolismo, teobromina e caffeina: effetti sulla salute

Informazioni: Segreteria Organizzativa, Sara Macellari, Centro di Medicina Perinatale e della Riproduzione, Policlinico Universitario, Perugia, e-mail: direnzo@unipg.it

Agenzia organizzativa: Guest System 2004, Palazzo degli Artisti, Viale Milton 49, 50129 Firenze, tel. 055 47891320, 055 47891327, fax 055 4630434, e-mail: c.certini@guestsystem.it, sito web: www.guestsystem.it

Istituto Ricerca Medico Scientifica Omeopatica - I.R.M.S.O.

Medicina omeopatica

Roma, 4 ottobre 2008 - 23 maggio 2009, Istituto Nazareth, Via Cola di Rienzo 140

Durata: 3 anni con lezioni teorico-pratiche. Frequenza: un sabato al mese e tre eventi ecm ogni anno

Direttore accademico: dott. Pietro Federico

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

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

Congresso nazionale

Otorinolaringoiatria e patologie correlate

Cassino (Fr), 23 - 25 ottobre

Presidente: Domenico Celestino

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Leonardo Manzari, Via Riccardo da S. Germano 41, Cassino (FR), tel. 0776 310745, fax 0776 317429, e-mail: vestibologia@libero.it

Segreteria Organizzativa: Msa Educational srl, responsabile dott.ssa Donatella Formisano

tel. 0776 310745, fax 0776 317429, e-mail: vestibologia@libero.it, sito web: <http://equilibrioepostura/aiolp2008/>

Arcispedale S. Maria Nuova- Reggio Emilia

Corso avanzato sulla chirurgia della tiroide e delle paratiroidi

Reggio Emilia, 22 - 24 ottobre

Direttore: dott. Verter Barbieri

Il corso è articolato in sedute operatorie mattutine e pomeridiane con seminari negli intervalli tra gli interventi chirurgici. È prevista la partecipazione attiva alle sedute operatorie

Informazioni: Segreteria Organizzativa Martina Parini c/o Arcispedale S. Maria Nuova

Viale Risorgimento 80, 42100 Reggio Emilia, tel. 0522 296580, fax 0522 295839, e-mail: MartinaRenata.Parini@asmn.re.it

Viaggiando ai confini della conoscenza

Comunicazione e spettacolo tra scienza e mistero. Ne parliamo con un esperto: Roberto Giacobbo oggi conduttore della fortunata trasmissione di RaiDue *Voyager*. In passato è stato autore del programma *La Macchina del Tempo*, su Retequattro e conduttore e autore di *Stargate - Linea di confine* su La7

di Ludovica Mariani

“È stata la passione a spingermi, passione per la conoscenza”. Così Roberto Giacobbo il giornalista autore e presentatore del fortunato programma di RaiDue *Voyager*, che all'inizio di giugno ha chiuso il ciclo delle sue trasmissioni con una puntata vista da quasi tre milioni di spettatori.

Un risultato notevole per un programma che si occupa di archeologia, storia e tecnologia in prima serata.

Abbiamo cominciato in seconda serata poi quando gli ascolti hanno superato il 18 per cento la Rai ha voluto tentare il prime time e “l'esperimento” è andato molto bene. Il nostro è un pubblico che cresce e molto vario, ci sono i giovani naturalmente ma l'interesse non coinvolge solo loro ma tutte le persone curiose che vogliono divertirsi con la mente, che abbiano senso critico e voglia

di approfondire gli argomenti senza fermarsi alle apparenze. Nella nostra società purtroppo si cercano sempre poche certezze semplici, e per carità se qualcuno mette in dubbio qualcosa! Noi di *Voyager* facciamo esattamente l'opposto.

Com'è nata l'idea del programma?

Dalla passione, mia e di mia moglie Irene Bellini, per tutto quello che è approfondimento nell'ambito della conoscenza. Prima abbiamo fatto *Stargate* su La7 poi la Rai ci ha chiesto qualcosa di simile e così nel 2003 è nato *Voyager*.

Novità nella prossima stagione?

Il programma riprenderà a fine settembre ma non le dirò mai cosa stiamo per fare. Posso anticipare che ci sono molte novità. Tratteremo argomenti totalmente nuovi e approfondiremo temi già trattati dove i progressi della scienza hanno consentito scoperte davvero interessanti.

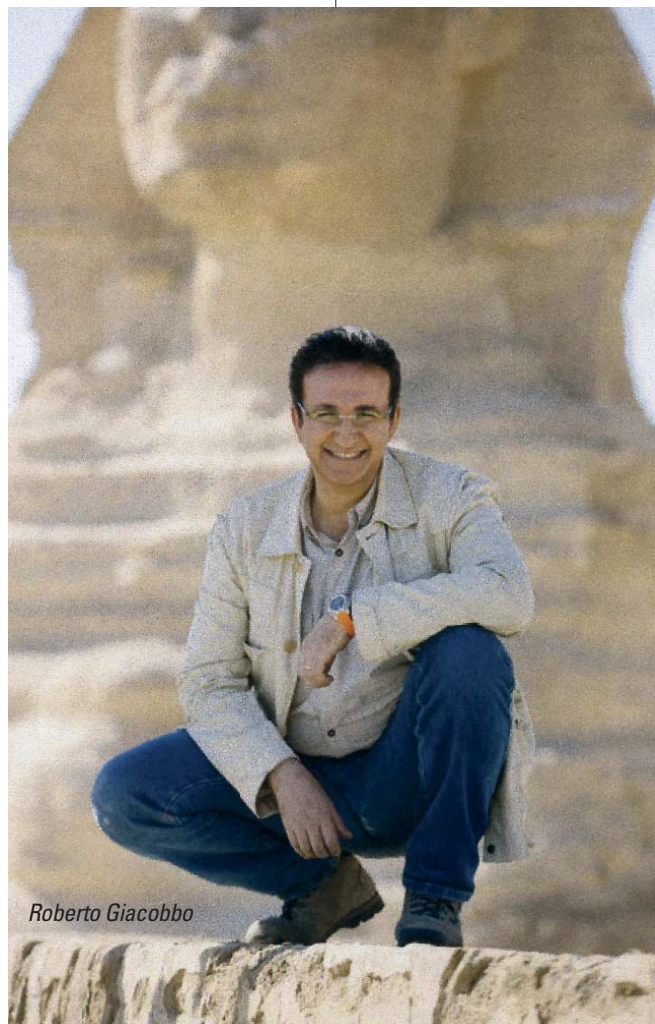
La scoperta del futuro per indagare il passato?

Sicuramente a mano a mano che la tecnica ci aiuterà ad usare datazioni sempre più precise scopriremo un passato che non co-

nosciamo. Adesso siamo legati a prove piuttosto semplici di datazione come il carbonio 14 solo che molte tracce non sono organiche ma “di pietra”. Perciò quando si riuscirà con metodi sempre più avanzati a trovare tracce, anche microscopiche, che permetteranno di dire ad esempio quando una pietra è stata lavorata, in quel momento avremo grandi sorprese.

E da chi o da che cosa verranno?

Dalle civiltà perdute, è da lì che arriveranno le sorprese. Il mondo è pieno



Roberto Giacobbo

Chi ha detto che niente era mutabile è stato sempre smentito

di quelle tracce di pietra, piccolissime o grandi, di cui le parlavo e che aspettavano ancora di svelarci tutti i loro misteri e di capire a chi e a cosa appartengono.

Vorrei un commento a questa frase: "Gli scienziati dalla mentalità aperta sono numerosi come i fondamentalisti cristiani appassionati di Madonna". Ha mai avuto problemi con la cosiddetta scienza ufficiale?

La scienza è fatta da uomini fortunatamente. E ci sono quelli che si arroccano nel già conosciuto e quelli che amano andare avanti e ricercare e non temono di sperimentare. Io sono d'accordo con questi ultimi. La storia ci ha dimostrato che la voglia di sapere e capire è la spinta principale per le nuove scoperte. Chi in passato ha detto che niente era mutabile e tutto era già conosciuto è poi stato sempre e costantemente smentito.

Come si fa a scegliere tra le tante notizie con serietà senza essere oscurantisti, selezionando con rigore pur conservando una grande apertura mentale? L'importante è studiare molto ed essere sereni.



Qualunque ricerca se fatta con onestà è degna di essere approfondita. Poi bisogna vedere quanto può portare alla vera conoscenza e a questo punto io e i miei collaboratori ci mettiamo la nostra esperienza e la capacità di capire. Penso che tutti ricordiamo il clamore suscitato dalla storia del "Drago di Oxford". La notizia finì sulle prime pagine dei più importanti giornali del mondo dalla *Pravda* al *Times*. Vorrei sottolineare che siamo stati i primi a dimostrare che il Drago era un falso, così lavoriamo noi. Ma cerchiamo anche di superare la superficialità che è molto pericolosa. Perché tacciare qualunque notizia di "bufala" o stupidità senza averla approfondita è essere superficiali.

Oltre a Voyager cosa farebbe?

Vorrei fare un programma di intrattenimento con dei contenuti. Ci vuole tanto lavoro perché è più facile fare intrattenimento con due canzonette e un po' di

gente che ride. Invece io penso a qualcosa che chiamerei intrattenimento strutturato e che diverte proprio per gli stimoli che offre, è un'idea che sto elaborando lentamente. Non c'è niente sulla tv italiana e neppure all'estero che assomigli a ciò che ho in mente. Credo che ci sia da parte del pubblico la voglia e forse l'esigenza di qualcosa di diverso anche per programmi "più leggeri" che non devono essere necessariamente stupidi. Sto anche scrivendo un libro che uscirà a Natale e che parla di civiltà perdute.

Pensa che alla scuola manchi il tipo di informazione che fa lei?

Forse, perché l'interesse da parte degli studenti è grande. Insegno Teoria e tecnica dei nuovi media all'Università di Ferrara e comunque mi capita spesso di andare a parlare nelle scuole, sia medie che licei, come in altre Università e ogni volta c'è una grande partecipazione. All'inizio dipende dal fatto

che sono un personaggio televisivo ma dopo i primi cinque minuti entra in gioco la passione che io cerco di trasmettere ai ragazzi e devo dire che è un divertimento comune che ci lascia sempre la voglia di rivederci.

Quindi non è l'interesse che manca tra i giovani ma il modo giusto di proporre la cultura e il desiderio di conoscenza?

Gli stimoli e l'interesse vengono sempre da parte di entrambi. Dopo due ore di lezione le assicuro che io sono sudato ma vedo i ragazzi eccitati e divertiti, eppure non sono stati ad un concerto rock ma hanno partecipato a un incontro sulla storia, l'archeologia o le tecniche di comunicazione. La cosa più interessante però è che spesso durante queste lezioni viene ribaltato l'onere della prova.

Quando arrivo in classe sono un po' la guest star della situazione ma spesso accade che non sono io professore a dire come stanno le cose. Sono i ragazzi con le loro domande che spostano sempre un po' più avanti il confine della richiesta di conoscenza. E tutto questo non è solo stimolante, ma molto molto divertente. •

**Le grandi
sorprese
arriveranno
dalle civiltà
perdute**

La salute è “mobile”

Nuovi cellulari “intelligenti” che svolgono funzioni prima riservate ai computer; invio di dati ad una centrale di ascolto che permette una diagnosi a casa in tempo reale; controllo a distanza automatico della terapia farmacologica; rintracciabilità via GPS dell’anziano. Queste alcune delle potenzialità della tecnologia in sanità. Alcune, però, riservate solo ai privati

di Daniele Romano

Il “telefonino” è al centro delle innovazioni di telemedicina. Molti nuovi apparati diagnostici hanno di serie un telefono cellulare “intelligente” simile ad un computer che collega l’utente con la centrale specialistica.

Informatica, Internet e telefonia sono i tre nuovi pilastri della sanità che possono moltiplicare l’efficacia e l’efficienza di molte prestazioni sanitarie, abbattendone fortemente i costi di gestione.

Per l’Organizzazione mondiale della sanità il cellulare porterà la salute “mobile” ai paesi poveri dove le attrezzature e gli aiuti sanitari non vengono utilizzati per mancanza di personale medico specializzato.

Ma nei paesi più sviluppati cosa sta succedendo?

A fronte di scenari suggestivi possibili di gestione clinica e diagnostica del paziente sempre più estesa, dalla cardiologia al diabete alle razioni allergiche, al controllo a distanza automatico se l’anziano ha preso le pillole, alla rintracciabilità via GPS dell’anzia-

no, alla richiesta automatica di pronto soccorso se si interrompe il percorso terapeutico (dal 2011 la Commissione europea potrebbe introdurre un servizio di “e-Call” per le chiamate di emergenza), abbiamo una realtà contraddittoria dove più o meno tutti i paesi non sono riusciti a trasferire l’innovazione nei protocolli della sanità pubblica “digitale”. Secondo la Commissione europea, organizzatrice tra l’altro dell’EHTO (*European Health Telematics Observatory* – Osservatorio delle applicazioni mediche della telematica), la telemedicina è “l’integrazione, monitoraggio e gestione dei pazienti, nonché l’educazione dei pazienti e del personale, usando sistemi che consentano un pronto accesso alla consulenza di esperti ed alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove il paziente o le informazioni risiedono”.

I campi

di applicazione della telemedicina sono numerosissimi e in continua evoluzione, dalla cardiologia (trasmissione di tracciati elettrocardiografici) alla radiologia (immagini radiografiche e computerizzate), dalla dermatologia (foto digitali di lesioni cutanee) all’anatomia patologica, dalla ginecologia (monitoraggio in gravidanza) all’odontoiatria e via dicendo; praticamente ogni branca della medicina può avvalersi di questo strumento per migliorare l’esercizio delle

attività cliniche, assistenziali e didattiche. Basta un cellulare per veicolare i dati da un elettrocardiografo portatile ad una centrale di ascolto e permettere una diagnosi a casa in tempo reale.

Le potenzialità sono immense. Per il momento l’innovazione è riservata ai privati, come quel medico di New York che si è dotato dell’innovativo telefono *iPhone* della Apple e organizza la sua giornata professionale con visite virtuali.

L’*iPhone* combina, in un piccolo e leggero dispositivo portatile, tre prodotti: un rivoluzionario telefono cellulare, un *iPod* widescreen con *touch control*, e un rivoluzionario dispositivo di comunicazione Internet con e-mail di livello desktop, *web browsing*, funzionalità di ricerca e mappe. *iPhone* introduce una interfaccia utente completamente nuova basata su un ampio *display multi-touch* e su un pionieristico nuovo software, che permette agli utenti di controllare *iPhone* utilizzando solo le proprie dita.

La sanità “elettronica” si sta diffondendo tra i medici europei e quelli italiani sono nella media. L’87 per cento dei medici europei (medici generici) usa il computer (l’Italia è all’86 per cento) e il 48



L’iPhone della Apple

I paesi non vogliono affrontare i costi di un sistema condiviso di sanità digitale

percento dispone di una connessione a banda larga (in Italia sono il 49 per cento).

Il 69 per cento dei medici europei usa Internet (il 71 per cento in Italia) e il 66 per cento si serve del computer durante le visite.

Il sondaggio evidenzia anche le aree di debolezza, come le ricette elettroniche, che sono utilizzate solo dal 6 per cento dei medici generici dell'UE e sono attualmente in uso in soli tre Stati membri: Danimarca (97 per cento), Paesi Bassi (71 per cento) e Svezia (81

per cento). In Italia risulta un 1 per cento.

Nonostante la forte informatizzazione dei medici né gli Stati Uniti né l'Europa sono disposti ad affrontare i costi enormi (anche culturali) di un sistema condiviso di sanità digitale, a definire nuovi parametri tecnologici di tutela della privacy e di imporre standard omogenei a tutti. Così assistiamo a brillanti innovazioni che arrivano dai soggetti privati e che sono spesso in fase "beta" di sperimentazione. Come il nuovo portale della salute del paziente della Microsoft www.healthvault.com. Si tratta di un luogo virtuale, a cui si accede tramite un profilo personalizzato, dove poter creare un archivio di materiale sulla salute e decidere se metterlo in

condivisione con tutti o solo con alcuni degli altri utenti registrati.

HealthVault è un "hub" cioè un centro in cui confluiscono e si intersecano diversi siti web inerenti la salute personale.

La registrazione al sito permette di creare dei profili sanitari e salvare per ciascuno di essi le informazioni di interesse reperite all'interno del network. È persino possibile collegare il proprio misuratore di glicemia e scaricare i dati nel proprio archivio. Inoltre si può creare un archivio (una sorta di carta del proprio stato di salute) contenente le informazioni sulle proprie allergie, intolleranze alimentari o ai farmaci, patologie o infezioni di cui si è affetti e così via, una scheda

che potrebbe tornare particolarmente utile in situazioni di emergenza.

La multinazionale americana Life Records, pioniera del software per la salute, introdurrà sul mercato un'applicazione che consente di avere accesso a tutte le informazioni mediche personali conservate nei sistemi informatici. Il servizio, che costerà 50 dollari l'anno, è per ora riservato a chi dispone di un *iPhone*, il cellulare "intelligente" della Apple con una tecnologia di scorrimento delle immagini che consente la consultazione sullo schermo telefonico dei risultati di ecografie, lastre, elettrocardiogrammi.

Un'altra importante novità nelle telecomunicazioni applicate alla medicina viene dall'azienda americana Gentag. Si tratta di una sorta di cerotto hi-tech che, applicato a contatto diretto sulla pelle dell'individuo, riesce a raccogliere dati utili per la salute: la temperatura corporea, le allergie, il battito cardiaco, la glicemia, la pressione e altri parametri fisici.

Attraverso una comunicazione diretta con il proprio telefonino cellulare, tutti i dati raccolti vengono inviati al terminale e, attraverso esso, comunicati direttamente al proprio medico di fiducia, che potrà consultare tutte le informazioni sulla salute del paziente sul display del proprio telefonino. •





di Federico Zilka

Con “M’amo non M’amo”, la musica entra nelle farmacie e cerca di aiutare le donne a riscoprire il piacere di prendersi cura di se stesse. Il dvd girato come un reality è un compendio di consigli utili e semplici regole per insegnare alle donne ad amarsi di più per vivere meglio e per affrontare con serenità un momento delicato della vita di ogni donna che è la menopausa.

Testimonial d’eccezione nonché ideatrice del progetto (insieme ad Umberto Giordani) è la celebre cantante Marina Fiordaliso che si confida al nostro giornale.

Quali motivi l’hanno spinta a ideare il progetto?

Tutto quello che spiego in questo dvd viene da una mia esperienza personale: quando ho compiuto 40 anni sono entrata in una lieve depressione dovuta

al fatto che mi sono accorta che non si è immortali come si può credere quando hai 20 anni. Improvvisamente però, guardandoti allo specchio, non ti vedi più come una ragazzina ma ti vedi come sei, ti spaventi e inizi a pensare a quello che potrà accadere quando arriverà la meno-



pausa. Ho vissuto malissimo quel momento poi sono riuscita a dimenticarlo anche se non riuscivo a ricominciare a vivere come una volta: non trovavo la forza di guardare negli occhi gli uomini. Poi un giorno incontrai tre donne favolose (Marisa Laurito, Fioretta Mari e Manuela Metri) che mi proposero di recitare nel musical “Menopause - il musical” accettai per soddisfare la mia passione per il teatro. Questo musical sfata la menopausa perché la prende in giro: racconta in modo ironico delle perdite di

memoria che possono accadere, degli sbalzi di umore e del calo del desiderio sessuale. Questa esperienza mi ha fatto comprendere che la menopausa è un momento della vita che non va drammatizzato. Ho capito quindi che non la dovevo vivere in modo negativo.

Tutta questa esperienza l’ha messa al servizio delle donne italiane?

Esatto. In questo dvd incontro tre dottori: uno esperto in dietologia che da consigli sul mangiar sano e sul come perdere quei 3-4 Kg che disturbano sempre, poi ci sono 40 minuti di ginnastica con un professore in scienze motorie dove sono io a far ginnastica insieme a lui, un tipo di ginnastica che possono fare tutti comodamente da casa e poi, per finire, c’è l’incontro con una ginecologa che spiega gli esami che noi donne dobbiamo fare per combattere questa menopausa che non va presa come una malattia, ma come un evento della vita straordinario.

Quindi questo dvd è rivolto solo alle donne in procinto di avere la menopausa?

Non solo a loro, ma a tutte le donne. Infatti se una donna comincia già a trent’anni a curarsi con l’alimentazione e a fare ginnastica arriva a quel momento in gran forma. In realtà il discorso della menopausa nel dvd l’abbiamo aggiunto dopo per-

ché parla di una mia esperienza personale quindi i temi dell’alimentazione e della ginnastica vanno bene per tutte le età.

Colonna sonora del dvd è il suo ultimo brano...

Sì, il brano “M’amo non M’amo”, scritto in collaborazione con Agostino Penna è la storia di una donna forte che ha deciso di amarsi anche se l’uomo che amava si è messo con un’altra. Ad un certo punto della canzone troviamo un rap con parole bellissime.

Ha collaborato con lei l’Associazione italiana donne medico?

Le ho conosciute quando facevo “Menopause - il musical”, loro sono delle persone fantastiche perché sono sempre in contatto con le donne per qualsiasi esigenza. La ginecologa è infatti dell’Associazione e si rapporta con le donne con termini molto semplici, accessibili a chiunque e non solo a quelle donne che hanno studiato medicina. •



Obesità: malattia sociale?

di Matteo Di Paolo Antonio

L'obesità in Italia è in crescita vertiginosa, in particolare tra i bambini. Un italiano su dieci è obeso e quattro sono in sovrappeso. Dal IV Congresso nazionale della Società italiana dell'obesità (Sio), tenutosi a maggio a Firenze, gli addetti ai lavori lanciano un grido di allarme: "L'obesità - dice Carlo Maria Rotella, presidente della Sio - è un problema di cui tutti parlano, ma del quale nessuno sembra occuparsi". E riguardo la preoccupante crescita del fenomeno Rotella aggiunge che, secondo le stime, nel 2025 i dati sull'obesità saliranno al 14 per cento per gli adulti (+43 per cento) e al 12,2 per cento per i bambini (+250 per cento).

La speranza della Sio è che l'obesità venga riconosciuta come malattia sociale e problema di sanità pubblica. Le cause di questo preoccupante aumento sono sotto gli occhi di tutti: cat-



tiva alimentazione e scarsa attività fisica sono sempre più diffuse nelle zone urbane di tutto il mondo. A finire sotto accusa sono sempre più spesso i fast food e le grandi industrie di bibite gassate. Negli Stati Uniti Coca Cola e Pepsi, proprio a causa dei problemi di obesità che colpiscono i più piccoli, hanno annunciato che rinunceranno, entro la fine dell'anno, alla pubblicità diretta ai bam-

ni under 12. Una scelta dettata, più che da motivi salutisti, dal timore di venire demonizzate come è successo ai produttori di tabacco. Inoltre il gigante dei fast food, McDonald's, ha partecipato proprio al congresso della Sio a Firenze per promuovere il progetto *Informazioni nutrizionali*, risultato dell'impegno del colosso americano per la tra-

sparenza e per fornire informazioni al cliente sui prodotti alimentari.

Nel North Carolina (Usa) hanno pensato ad una scuola per grassi, ammessi solo bambini dagli 11 anni, in sovrappeso di almeno 12 chilogrammi, che dovranno affrontare un rigido programma che prevede 1200 calorie al giorno e un supporto psicologico. A Firenze, invece, il progetto *Diamoci una mossa*, decisamente più soft, voluto dall'Unione italiana sport (Uisp), promuove in nove scuole primarie con 648 bambini e trenta classi un'alimentazione più sana con meno merendine, più frutta e verdura e più moto.

Non bisogna dimenticare, però, che non sempre l'obesità dipende da una dieta sbagliata o da scarsa attività fisica. Pesano anche fattori genetici, psicologici, socio-culturali-etnici e farmaci che possono causare aumento di peso.

Secondo gli esperti le persone obese rischiano il diabete, l'infarto, l'ictus, i tumori ed hanno una riduzione nell'aspettativa di vita fino a 10 anni. •

IN LOTTA CON IL CIBO

Ci sono anche bulimia ed anoressia a preoccupare gli esperti che si sono riuniti a Vicenza per il X Congresso Nazionale Ansisa (Associazione nazionale specialisti scienza alimentazione): oltre un milione di giovani donne italiane ha seri problemi di alimentazione ed il tasso di mortalità per le anoressiche è fino a 12 volte maggiore rispetto alle coe-

tane sane e di 1,5 volte superiore rispetto alle depresse. Tra i fattori predisponenti si ricordano: modesto sovrappeso, inclinazione ad adeguarsi alle aspettative altrui negando i propri bisogni, difficoltà di autonomia e autostima, problemi di identità ed insoddisfazione del proprio corpo. Inoltre si è rilevato che su 100 nuovi casi di ragazze con distur-

bi alimentari il 20 per cento ha una madre con lo stesso problema. Secondo gli esperti è quindi necessario uno sforzo congiunto di istituzioni, comunità scientifiche, aziende, media, famiglia e scuola. È proprio in campo scolastico che si può intervenire con programmi di promozione della salute, dell'immagine corporea e dell'attività fisica.

Il primo giugno a Milano, all'Istituto Scientifico S. Raffaele, è stata celebrata la Terza Giornata del malato oncologico. Nel corso della cerimonia, promossa dalla Favo, la encomiabile Federazione italiana delle 90 associazioni di volontariato in oncologia presieduta dal Prof. Francesco De Lorenzo, è stato consegnato "Il Cedro d'oro", un ambito riconoscimento destinato a coloro che si prodigano per aiutare i malati di cancro. I Cedri, in questo 2008, sono stati assegnati al Presidente del Consiglio Silvio Berlusconi, al Presidente della Regione Puglia Niki Vendola (a Natale sarà posta la prima pietra di un ospedale San Raffaele a Taranto), al Presidente onorario di "Fondiar-SAI", Salvatore Ligresti e alla Presidente dell'Associazione "Attivecomeprima" Ada Burrone in Dallochio, madre di Maurizio, professore di Finanza aziendale all'Università Bocconi e consigliere Enpam. Alla cara signora dedichiamo un riconoscente "pensiero".

"Attivecomeprima" premiata con il Cedro d'Oro

di Giuliano Crisalli

Ha una bellissima voce che non si incrina mai, nemmeno quando racconta cose terribili: "...Avevo 36 anni, nel 1970, mi hanno amputato la mammella destra...". Ada Burrone rivive per noi quei momenti terribili. Allora la malattia diventò paura, sgomento, senso di impotenza, pianto, camici bianchi, sguardi professionali, ondeggiare dubbioso di teste. "Mi dava forza - continua la signora Burrone - solo scoprire la ricchezza della natura, ciò mi ha aiutato ad accettare l'idea del male che mi aveva colpito e, perché no? della morte. Certo, se non fossi stata privata della mammella avrei sofferto meno... chissà?".

Da quella solitudine spaventosa la signora Burrone è uscita con grande coraggio mettendosi a "lavorare" per poter stare vicino alle donne costrette a subire devastanti operazioni. Nel 1973, grazie all'apporto del suo chirurgo, il prof. Pietro Bucalossi, e di un altro illustre docente, il prof. Vittorio Ventafridda, fondò un'associazione che chiamò "Attivecomeprima", quasi un augurio di guarigione e di pronta riabilitazione per tutte le nuove amiche. E la signora Ada, che è guarita, ma allora certo non lo sapeva, cominciò ad agire parlan-

do con le nuove compagne. Seminari, corsi, convegni, con al fianco un'équipe di medici e psicologi. Ha creato, negli anni, una rete di collaborazioni con ospedali, unità oncologiche, varie associazioni italiane ed estere, per poter indirizzare a centri specializzati chi, disperato, chiedeva aiuto. "Impegnandoci, ho scoperto che la nostra attività rappresentava un importante contributo alla terapia. Me l'hanno testimoniato migliaia di donne che, come me, con la forza di volontà che ti viene dal dolore, hanno voluto e, in tanti ca-

si saputo, migliorare la propria esistenza".

Una grande prova di vita. La signora Burrone ha un breve sussulto nel ricordare: "Credevo di morire presto. Allenavo mio marito e mio figlio a fare a meno di me. Ma un giorno mio figlio Maurizio mi disse quasi bruscamente: "Se tu muori me la dovrò cavare da solo. Decidi. Oggi sono qui e ne parlo".

E le hanno donato un Cedro d'Oro anche per ringraziarla, insieme a noi, di quanto sta facendo per chi della sofferenza ha paura. •

Il cancro cambia la vita
Dal 1973 aiutiamo le persone
a vivere meglio per vivere di più



Adesso abbiamo bisogno di aiuto

Ada Burrone

www.attive.org

ATTIVE
ATTIVECOMEPRIMA ONLUS
La forza di vivere

TV ed elezioni chi dovrebbe vincere

Quanto pesa la televisione nel determinare i risultati elettorali?

Se lo chiede Roberto Zaccaria, ex presidente Rai, nella prefazione di un libro ambizioso: "La bella preda - Rai tra politica e audience" scritto da un giornalista di razza, Giuseppe Gnagnarella.

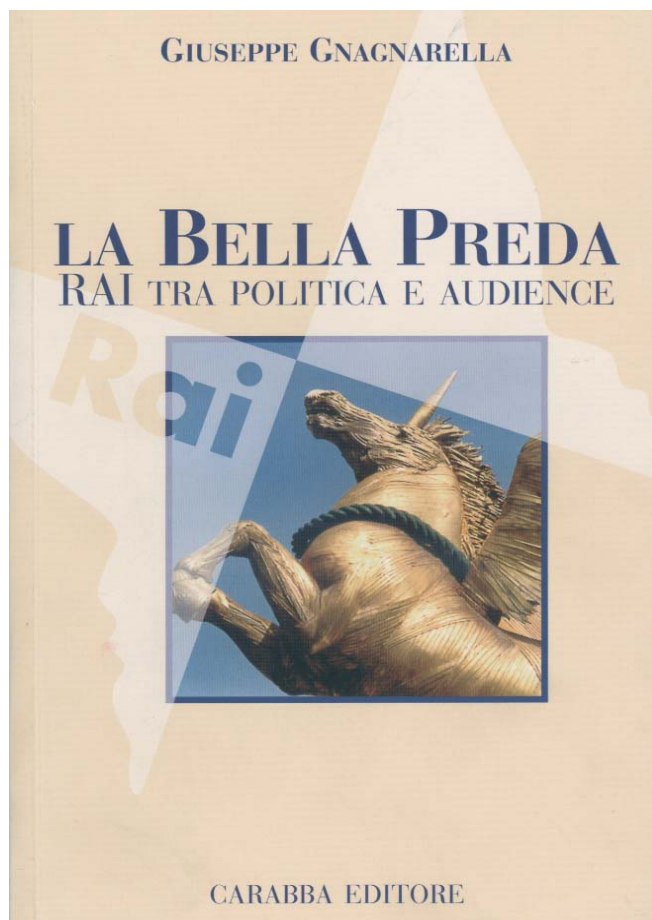
L'autore, infatti, analizza il periodo che va dai primi anni Novanta ad oggi, dalla Rai dei professori a quello di Petruccioli - Cappon. In poche parole: chi governa la Rai perde le elezioni?

Gnagnarella vuole dimostrare la sua tesi provocatoria, portando all'attenzione del pubblico la storia del vertice della TV pubblica e le sue difficoltà, sia dal punto di vista politico sia da quello degli ascolti.

C'è una "reale difficoltà nel rintracciare nessi specifici tra quantità e qualità nella comunicazione politica e mutamenti nei comportamenti elettorali".

Il telespettatore - elettore - scrive ancora l'autore - non abbocca più all'amo, non vince più chi va in TV, ma vince chi sa associare programma e proposte alle sue qualità di leadership.

A queste verità, aggiungia-



mo una nostra personale visione sull'argomento in attesa, anche (o soprattutto?) del varo di una legge più moderna che sappia adattare le giuste regole sulla par condicio a una televisione che sta cambiando in fretta.

Vorremmo, come utenti, che i dati che ci vengono forniti, (spesso contro la nostra volontà e il nostro interesse), da chi analizza il problema, tenessero nel debito conto il fatto che,

grazie ai progressi della tecnologia dell'informazione e della comunicazione e ai suoi costi più bassi, siamo bombardati da una quantità enorme di messaggi e di dati. Lo dimostra il numero crescente di canali, giornali quotidiani, periodici, libri, trasmissioni radio-televisive, telefoni fissi e mobili e, sempre più, dall'ubiquitario internet, i blog, i forum... Tutto ciò secondo noi - ma potremmo sba-

gliare - provoca un'accelerazione dello scambio e dell'elaborazione dei dati, fornisce lo smarrimento della prospettiva storica e la perdita degli orientamenti forti. Chiusa questa parentesi, bisogna riconoscere che Gnagnarella parla di "noi" dall'alto della sua lunga esperienza in Rai che si sostanzia, oggi, nella responsabilità dei servizi dedicati ai rapporti con le Autorità centrali e gli Enti Locali.

Ne parla criticamente, come è giusto che sia. Spiega, in modo eccellente, quanto l'autoreferenzialità del giornalismo politico e il "pactum sceleris" che i cronisti intrattengono con gli esponenti dei partiti, contribuiscano alla poca rilevanza dello schermo in campagna elettorale e alla bassa credibilità che questo circuito mediatico-politico riscuote presso i cittadini.

Ciò non toglie che se una TV è ben usata è influente, e determinante. Ma ci sono anche i siti Internet, eccome se ci sono, sui quali confluiranno, prima o poi, grossi investimenti pubblici della TV. Di conseguenza, è facile prevedere che il pubblico comincerà a... navigare... E' una profezia? Si potrebbe dire che è una certezza, la stessa che si prova a leggere con attenzione questo bel libro. •

G. Cris

*Giuseppe Gnagnarella:
"La Bella Preda"
Carabba Editore,
Lanciano - Euro 15,50*

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

"Fabulae sparsae" di un cacciatore semipentito

Dichiara di nutrire una punta di invidia nei confronti di chi è riuscito a guarire dalla passione dell'arte venatoria, ma Giuseppe Francesconi sembra essere rimasto molto attaccato alla caccia, lo sport a cui il padre lo ha avviato fin da giovanissimo e che ha sempre praticato con passione.

Dal racconto traspare l'attenzione per la mutata realtà venatoria, ma il piacere di ricordare le avventure vissute nel padule in Lucchesia e in altre località italiane ed estere, come le battute fatte a Panna, a Cuba, in Argentina, sembra prevalere su tutto.

Il libro ci fa conoscere un uomo e la sua grande passione ed anche, come rivelano il titolo in latino e le epigrafi dei capitoli che lo compongono, una personalità dotata di grande amore per la cultura.



Giuseppe Francesconi

"Fabulae sparsae di un cacciatore semipentito"

Titania Editrice, Pegaso Group, Lucca - pp. 88, euro 20,00

Il consumo del corpo

Il libro di Lorenzo Calvi espone la teoria e la pratica della psichiatria ad orientamento antropologico-fenomenologico, secondo la quale è l'espressività a permettere di cogliere l'essenza del temperamento altrui. Il presupposto dell'esprimersi è l'intenzionalità espressiva (la cosiddetta coscienza intenzionale di Husserl) che, al di là delle molteplici precedenti definizioni, considera la coscienza un punto di vista, uno schema di riferimento per muoversi ed intendersi nei diversi ambiti in cui tutto può diventare riconoscibile e significativo. *L'epoché*, poi, che esclude il mondo materiale e trascendente dalla vita della coscienza, permette all'io di pervenire alla conoscenza e alla vera *Erlebnis*. Questi concetti e gli altri aspetti di questa disciplina sono ben rappresentati dai casi clinici esposti nel testo.

Lorenzo Calvi

"Il consumo del corpo"

Mimesis Edizioni, Milano

pp. 200, euro 14,00



La medicina di laboratorio nella pratica medica

I grandi manuali, riccamente illustrati e dotati di molte tabelle riassuntive, predisposti da Attilio Fabio Cristallo, danno una aggiornata ed esaustiva presentazione della medicina di laboratorio e delle sue applicazioni diagnostiche.

Il primo volume, quello di base, contiene tutti gli approfondimenti di fisiologia indispensabili per capire le relazioni tra i valori degli analiti e le manifestazioni cliniche ed un dettagliato indice analitico di oltre 1800 voci.

Altri due volumi di aggiornamento, forniti, come il primo, di numerose illustrazioni e tabelle riassuntive, ampliano la trattazione delle malattie e delle applicazioni diagnostiche.



Attilio Fabio Cristallo

"La Medicina di Laboratorio nella Pratica Medica"

Selecta Medica, Pavia

pp. 228 e 288, euro 55,00 cad.

Malati di farmaci

Con questo libro Mauro Di Leo spiega come difendere la propria salute dalle medicine inutili o pericolose e denuncia lo strapotere delle industrie farmaceutiche, l'inganno di molte campagne pubblicitarie, la complicità di alcuni medici nella prescrizione di farmaci fortemente reclamizzati o l'oggettiva difficoltà che molti sanitari hanno a non prescriberli di fronte alle pressanti richieste dei pazienti.

Ma la parte più interessante per il medico e per l'assistito, desideroso di gestire al meglio la propria salute, sono le informazioni sulla utilità dei medicinali in rapporto alla loro tossicità; sul prezzo e sull'efficacia dei prodotti di marca e di quelli generici; su come e quando può essere opportuno evitare le cure farmacologiche, nonché l'elencazione dei farmaci che non danno benefici e di quelli di cui è riconosciuta la tossicità.

Mauro Di Leo

"Malati di farmaci"

Editori Riuniti, Roma - pp. 141, euro 12,00



La globalizzazione della bioetica

Fabrizio Turoldo ha curato per la Fondazione Lanza di Padova uno studio sulla Dichiarazione Universale sulla Bioetica e i Diritti Umani formulata e approvata all'unanimità dall'Unesco nel 2005. Sviluppata in Occidente negli anni settanta, con lo scopo di riflettere sulle implicazioni bioetiche sollevate dall'introduzione delle nuove tecnologie biomediche, la Bioetica sta ora conoscendo una notevole affermazione nei Paesi meno sviluppati che, in una dimensione globale, sollecitano la discussione su questioni quali l'assegnazione delle risorse sanitarie, la giustizia sanitaria, la regolamentazione delle sperimentazioni e gli aspetti bio-sociali della medicina moderna. L'indagine riunisce le osservazioni di diversi cattedratici italiani e stranieri su questa problematica mondiale.

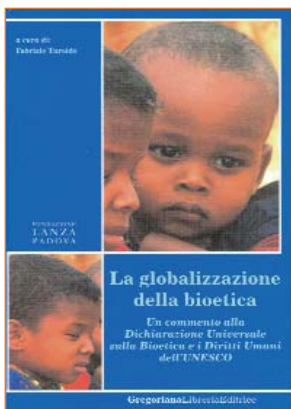
Fabrizio Turoldo (a cura di)
"La globalizzazione della bioetica"
 Gregoriana Libreria Editrice, Padova
 pp. 300, euro 22,00

Dottore...mi posso fidare?

Un manuale di Giorgio Dobrilla che offre ai medici di base, agli studenti di medicina, ma anche ai lettori non esperti una guida per orientarsi nel campo della Sanità, dove, mentre si verifica un progredire continuo della scienza medica, sembra invece diminuire la fiducia nei suoi confronti da parte di chi deve usufruire delle grandi opportunità e capacità curative che essa è oggi in grado di offrire.

Le questioni della comunicazione fra medico e paziente, il problema della ricerca, l'effetto placebo, la tossicità di molti farmaci, l'evidence based medicine, le cure alternative sono alcuni dei temi trattati con un linguaggio semplice, non medico, che permetterà ad ogni tipo di lettore una facile comprensione degli argomenti trattati.

Giorgio Dobrilla
"Dottore...mi posso fidare?"
 Avverbi Edizioni, Grottaferrata, Roma
 pp. 198, euro 14,00



In breve

Antonino Finocchiaro

TUMORI, NOVITÀ

Un'esposizione sintetica e chiara della teoria del trasferimento all'interno delle masse tumorali di cellule sessuali che avrebbero la capacità di sottrarre l'energia e l'aggressività alle cellule neoplastiche. L'autore auspica che la sua teoria attragga l'interesse dei ricercatori e possa essere verificata in sede di laboratorio.

Pubblicato in proprio
 pp. 59, tel. 095 435691

Bruno del Vaglio

IN SETTE AL FRONTE

I ricordi dell'infanzia vissuta da sfollati nel Frusinate sono raccontati conservando la vivezza e la spontaneità propria di quella età assieme alla pacatezza di chi serenamente rivolge lo sguardo al suo passato. È un interessante spaccato di come si viveva allora e delle speranze che le amare vicende della guerra non riuscirono a cancellare.

Pubblicato in proprio
 tel. 0823 325303

John Ayres

ASMA

Senza volersi sostituire ai consigli del medico curante, questo manuale offre un utile e rassicurante strumento di informazione a chi soffre di asma e voglia conoscere le cause, le modalità diagnostiche e i diversi trattamenti per la cura di questa patologia. Le ultime pagine predisposte per gli appunti personali sono le stesse del volume sul diabete della stessa collana.

Alpha Test, Milano
 pp. 135, euro 8,50

Aldo Zecca

ALLA PERIFERIA DEL BOOM

Piacevole storia di quattro amici sondriesi che, assieme alla loro vita di provincia, ricorda i cantanti, gli attori, i film, i rapporti internazionali, le guerre di quel periodo, e fa rivivere le atmosfere degli anni sessanta. Il racconto, pur includendo espressioni dialettali lombarde, è scritto in un italiano ormai influenzato dal lessico romanesco, ma non con la sua ortografia.

Studio 64 Edizioni, Genova
 pp. 139, euro 12,00

Marco Vichi

SCOPA! ED È GIÀ SENTENZA

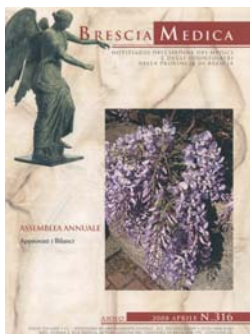
Cinque amici si ritrovavano attorno ad un tavolino di un locale nell'unica piazzetta di un paesino del Mugello per giocare a carte. Sono questi i protagonisti dei cinque racconti che finiscono per formare un'unica storia narrata con attenzione psicologica e arguta facondia per scolpire figure e caratteri in una tipica ambientazione rurale del dopoguerra.

Varart s.r.l. Firenze
 pp. 184, euro 12,00

Brescia

Turni di Pronto Soccorso

I turni di Pronto Soccorso non possono essere distribuiti in maniera sperequata nell'ambito dell'intero presidio ospedaliero con estromissione di dirigenti medici appartenenti ad alcune divisioni. Secondo la giurisprudenza, ai sensi dell'art. 27 DPR 20 settembre 1979, n. 761, negli ospedali e istituti sanitari sono obbligati ad effettuare turni di guardia i medici con funzioni di diagnosi e cura, con esclusione dei soli primari ed equiparati. È legittima pertanto la pretesa ad una predisposizione dei turni di personale addetto al Pronto Soccorso che tenga conto del personale medico in forza a tutte le divisioni, con la sola esclusione dei primari. Non convincente, invece, è l'affermazione proveniente dalla Asl secondo cui anche i medici appartenenti alle altre divisioni non verrebbero esclusi dal prestare la loro opera in situazioni emergenziali: fornendo la consulenza specialistica al Pronto Soccorso Generale, assolvendo alle prestazioni di emergenza specialistica di competenza. Il Pronto Soccorso Generale abbisogna di un presidio continuo e sufficientemente attrezzato in termini di risorse umane, atteso che ad esso (e non all'emergenza specialistica) affluiscono pazienti da qualsiasi zona, in ogni tempo e per qualsivoglia patologia (avv. Ennio Grassini – Tar Campania Napoli).



delibera di approvare le linee guida relative alle nuove norme per la revisione/inserimento dei colleghi nell'Albo dei consulenti tecnici e/o periti del Tribunale, di chiedere a coloro che intendono presentare domanda al tribunale di trasmettere una copia della medesima anche all'Ordine, il Presidente presenterà solo coloro che avranno fornito in tal senso idonea documentazione, di ribadire e riconfermare quanto già espresso con deliberazione n. 7/2001, di dare ampio spazio a tale informativa pubblicandola sia sul notiziario che sul sito Internet.

Il Presidente, dott. Maurizio Scassola – Il Segretario, Caterina Boscolo

Bergamo

Elezioni ordinistiche

Nel novembre 2008 ci saranno le elezioni dell'ordine dei medici e degli odontoiatri. Questa commissione si impegna a fare in modo che questa volta alle elezioni possano partecipare tutti gli 809 iscritti all'Albo odontoiatri, con pari diritto, senza che spuntino liste decise da pochi per l'interesse di pochi, che in questo momento difficile servono solo a dividerci e indebolirci. Mai come ora serve invece un'odontoiatria solida, unita, di tutti.



Venezia

Nuove norme per la revisione/inserimento dei colleghi nell'Albo dei consulenti tecnici e/o periti del tribunale

Il Consiglio dell'Ordine dei medici di Venezia, riunito nella seduta del 19 dicembre 2007: considerato il ruolo che l'ordine svolge durante le udienze presso il Tribunale per l'iscrizione



ne all'Albo dei Consulenti Tecnici e dei Periti determinante nel confermare la professionalità del medico e le specifiche conoscenze, competenze ed abilità necessarie all'espletamento dell'incarico; visto che occorre che l'iscritto depositi anche presso l'Ordine il proprio curriculum affinché il Presidente possa verificare il percorso formativo anche eventualmente approfondendo con un colloquio il profilo del collega; posto che l'Ordine vuole svolgere attivamente e fino in fondo il proprio ruolo di garante, pianificando anche con il Tribunale un percorso virtuoso;

Perugia

Precisazioni ministeriali sulla vaccinazione anti-meningococco C

A seguito di numerose richieste e segnalazioni di regioni e Asl relative alla sempre più frequente richiesta di vaccini anti-meningococco ed al possibile esaurimento delle dosi presso i Servizi vaccinali delle Asl, gli ambulatori di medici e pediatri, le farmacie, il ministero della Salute precisa che: la vaccinazione contro il meningococco C è opportuna solo per i nuovi nati e attualmente è offerta in modo gratuito in 12 regioni. Il nuovo Piano nazionale vaccini prevede l'estensione gratuita anche alle altre regioni dove è comunque disponibile a pagamento o in regime di compartecipazione alla spesa; la vaccinazione di particolari gruppi di giovani e adulti è indicata solo in presenza di 9 focolai epidemici, come quello che si è regi-



strato in Veneto. Negli ultimi anni il numero totale di casi di meningite batterica è in diminuzione, con un calo dell'11% registrato nel 2007 (800 casi circa) rispetto al 2006 (900 casi circa). Al momento quindi, non ci sono le condizioni per raccomandare la vaccinazione antimenigococcica alla popolazione (giovani e adulti) o a "particolari" categorie di persone; quantità sufficienti di vaccino vanno riservate per lo svolgimento della routinaria attività vaccinale; in nessun Paese occidentale sono avviate campagne di vaccinazione di massa della popolazione giovane e adulta.

Campobasso

**Istituzione Piano di pronta reperibilità
"Contraccezione d'emergenza"**



Con provvedimento n° 282 del 25.03.08 è stata disposta, nell'ambito della A.S.Re.M - zona di Campobasso, l'istituzione di un servizio di pronta disponibilità finalizzato alla "Contraccezione d'emergenza", per n°. 2 ore giornaliere, dalle ore 16 alle 18, nei giorni cosiddetti festivi e superfestivi, di cui all'art. 13 dell'Accordo integrativo regionale per la Medicina Specialistica. L'attivazione di tale servizio è fissata con decorrenza 01.04.08, presso la sede del Consultorio Familiare - Via Facchinetti n° 1 - Campobasso, tel. 0874.409009 - 329.2508087. A tale proposito la Fnomceo, con circolare n. 12070 dell'11 dicembre 2006 pubblicata anche sul nostro sito, ricorda che il medico obiettore di coscienza, al quale sia stata richiesta la prescrizione della pillola del giorno dopo, non può "limitarsi ad esprimere la propria obiezione, ma deve provvedere, nell'ambito delle proprie responsabilità, affinché la richiedente possa accedere con tempi e modalità appropriate alla prescrizione".

*(Responsabile del Consultorio Familiare)
Il Direttore Generale della A.S.Re.M.
Ing. Sergio Florio*

Genova

Premiato il Gaslini

Il Gaslini premiato per la qualità dell'assistenza con il Joint Commission International, il maggior Ente di certificazione sanitaria internazionale: un prestigioso riconoscimento dell'impegno con cui l'ospedale eroga quotidianamente cure ad alto



livello. L'istituto ha voluto intraprendere il percorso dell'accreditamento Joint Commission International poiché la qualità rappresenta per l'amministrazione un importante obiettivo strategico. Obiettivo che è stato raggiunto grazie alla partecipazione ed al coinvolgimento di tutti gli operatori dell'istituto Gaslini.

Firenze

Servizi ordinistici

L'Ordine dei medici di Firenze ha aperto un Forum sulla Cooperazione sanitaria internazionale, uno spazio informale di condivisione delle esperienze, di discussione, di riflessione e di approfondimento. L'Ordine, in collaborazione con il Collegio degli infermieri Ispasvi, ha concretizzato alcune iniziative al servizio degli interessati:

- ha istituito un gruppo di lavoro con lo scopo di organizzare un registro di coloro che hanno maturato esperienze nel campo della cooperazione internazionale e di coloro che hanno intenzione di fare una tale esperienza, raccogliendo le disponibilità fra i professionisti per dar loro informazioni sulle possibilità di cooperazioni esistenti, in accordo con la regione, con la quale saranno anche adottate iniziative formative;

- ha localizzato presso la sede dell'Ordine un punto stabile di informazione sulle varie tematiche della cooperazione sanitaria internazionale anche attraverso la rivista Toscana Medica, il sito Internet e la segreteria, acquisendo informazioni circa i programmi e le attività di cooperazione sanitaria internazionale promossi da istituzioni pubbliche e non governative;

- ha riservato nel sito web dell'Ordine un link dedicato alla cooperazione sanitaria internazionale: all'interno, oltre alla pagina di presentazione sullo svolgimento dei lavori dell'Ordine, anche in base alla delibera di Giunta regionale, si offre la possibilità di compilare il questionario e la registrazione nella banca dati. La Regione Toscana sta approntando un sito web, che presenterà un ampio ventaglio di informazioni e news aggiornate, i progetti, la bacheca di opportunità e occasioni di esperienze lavorative.

*Referente dell'iniziativa per l'Ordine dei medici di Firenze:
sig.ra Monica Marongiu.*



ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

URLA E BIANCHEGGIA IL MAR... NELLA PITTURA LIGURE FRA OTTOCENTO E NOVECENTO

CAMOGLI (GE)

fino al 30 settembre 2008

L'esposizione riunisce per la prima volta cinquanta opere di importanti pittori liguri, di nascita o di adozione, sul tema della mareggiata.

Abbazia di San Fruttuoso
telefono: 0185 772703

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

FIRENZE - fino al 7 settembre 2008

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

Museo Nazionale del Bargello
telefono: 055 2388606

L'EREDITÀ DI GIOTTO. L'ARTE A FIRENZE TRA IL 1340 E IL 1375

FIRENZE - fino al 2 novembre 2008

La mostra presenta un frammento di una tavola realizzato nella bottega di Giotto e circa sessanta capolavori tra cui dipinti di Taddeo Gaddi, Bernardo Daddi, Maso di Banco, i fratelli Orcagna, Giotto.

Galleria degli Uffizi
telefono: 055 294883
www.firenze2008.it

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

GORIZIA - fino al 24 agosto 2008

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

Palazzo Attems - Petzenstein
telefono: 0481 547541

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

RAVENNA - fino al 5 ottobre 2008

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

Chiesa di San Nicolò
telefono: 0544 213371

EXEMPLA. LA RINASCITA DELL'ANTICO NELL'ARTE ITALIANA

RIMINI - fino al 7 settembre 2008

Obiettivo di questa mostra è evidenziare come molti capolavori dell'arte italiana del Duecento abbiano tratto ispirazione da opere greche e romane ovvero da exempla, modelli, precisi riferimenti culturali oltre che formali.

Castel Sismondo
telefono: 0541 783100
www.mostraexempla.it

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

ROMA - fino al 7 settembre 2008

Prima grande mostra dedicata alla storia

di Roma e agli artisti del Quattrocento, tra i quali figurano Mantegna, Perugino, Piero della Francesca, Pinturicchio, Donatello, Michelangelo e Lippi.

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

CORREGGIO E L'ANTICO

ROMA - fino al 14 settembre 2008

Prima monografica dedicata ad Antonio Allegri, detto il Correggio, uno dei più rivoluzionari artisti del Rinascimento italiano.

Galleria Borghese
telefono: 06 8413979
www.galleriaborghese.it

MAESTRI ITALIANI DEL XX SECOLO

UMBERTIDE (PG)

fino al 5 ottobre 2008

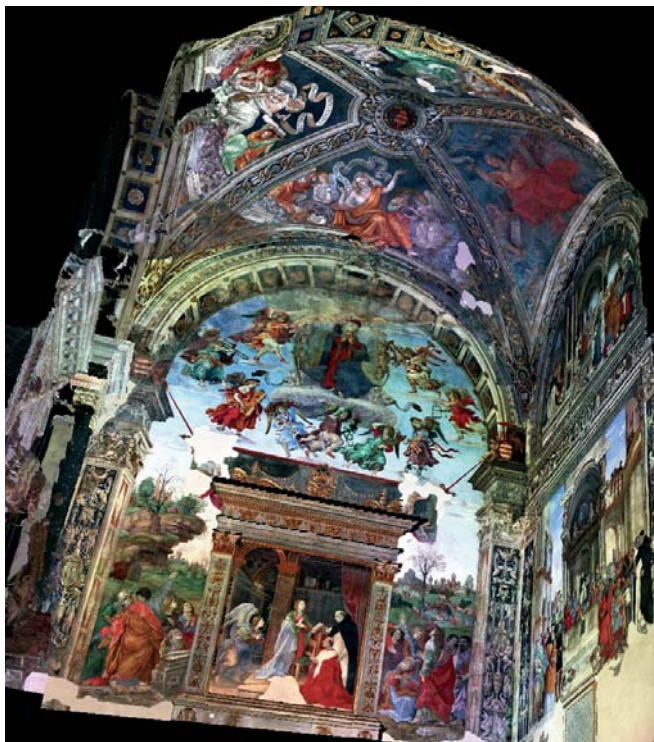
Oltre cento opere provenienti da prestigiose collezioni tra le quali l'Archivio Cagli offrono la possibilità di ammirare le personalità dei più rappresentativi ed importanti artisti italiani della prima metà del Novecento.

Rocca - telefono: 075 9413691
www.comune.umbertide.it



Ugo Sergi, due figure con strumenti antisole, acrilico su tela

Il laser ottico per "spiare" l'arte



La Cappella Carafa nella sua totalità nella ricostruzione del Radar ITRC100. Al Centro l'immagine del Cardinale Carafa.

di Serena Bianchini

Tecnologia in aiuto del nostro patrimonio artistico?

Un'autorevole spinta arriva dal Centro di ricerche Enea di Frascati, ente per le nuove tecnologie, l'energia e l'ambiente. Nei laboratori di Visione artificiale della Divisione tecnologie fisiche avanzate è stato, infatti, creato l'ITCR 100, un laser ottico per controllare lo stato delle strutture all'interno dei reattori nucleari,

cioè in aree in cui è impossibile per l'uomo accedere, e, grazie all'intuizione degli scienziati dell'Enea, con la possibilità di utilizzarlo anche per lo studio dei beni culturali.

È all'interno della mostra *Il 400 a Roma* che si svolge presso il Museo del Corso a Roma fino al 7 settembre, che si può ammirare per la prima volta la tecnologia di questo radar ottico a colori. Il soggetto su cui è stato impiegato è la Cappella Carafa di Santa Maria Sopra Mi-

nerva. Spiega il fisico Giorgio Fornetti, uno dei tre titolari dei brevetti nazionale e internazionale: *"Il Radar funziona usando la luce ed emettendo un raggio laser che è la sommatoria di tre fasci di lunghezze d'onda corrispondenti ai tre colori primari: rosso, blu e verde. Facendo muovere su un tre piedi il fascio laser che può ruotare a 180°, modulato ad altissima frequenza, si cattura la superficie che si intende analizzare e i dati vengono poi trasferiti al computer per l'elaborazione e la riproduzione virtuale. In pratica possiamo "leggere" l'opera fin nella sua più minuziosa composizione dei colori, mentre il software può ricostruire l'immagine a tre dimensioni, ingrandendola come un microscopio"*.

Il tempo di lavoro di questo laser è di 5 giorni e servono 600 milioni di pixel per raggiungere tutti i dettagli. Una lettura così attenta della superficie in esame riesce a trasmettere agli esperti quantità notevoli di informazioni, prevenendo, così, danni consistenti causati dal tempo e dall'inquinamento osservandone i mutamenti, come i rigonfiamenti sub-millimetrici dovuti ad infiltrazioni di umidità o i cambiamenti di colore. Si può inoltre misurare esattamente qualsiasi punto dell'oggetto in esame o vederne l'esatta colorazione.

Con ulteriori sviluppi è possibile integrare nel software nuovi dati: come radiografie, analisi spettroscopiche e termografie. Una tecnologia molto valida per i restauratori che possono pianificare gli interventi di restauro facendo a meno di impalcature che a volte provocano traumi alle opere, ma anche per gli storici dell'arte che spesso si trovano in difficoltà quando devono studiare un'opera posta in luoghi poco accessibili, con scarsa illuminazione o dietro cancelli difficilmente valicabili. Siamo di fronte ad un nuovo modo per indagare e approfondire la storia dell'arte superando i limiti da sempre presenti in questa scienza.

Nella mostra del Museo del Corso i visitatori possono interagire "zummando" a proprio piacimento e osservando nei minimi particolari i colori reali della Cappella Carafa e osservare gli affreschi di Filippino Lippi della fine del 1400 posti sulla volta che si trova ad oltre 15 metri di altezza e di solito poco visitabili. •

Attenta lettura della superficie in esame che trasmette informazioni agli esperti

Da chirurgo a testimone di nozze

Patrick Dempsey, il dottor Shepherd di *Grey's Anatomy*, diventato negli ultimi tempi uno dei degli attori più famosi del piccolo e del grande schermo, è venuto in Italia per presentare il suo nuovo film *Un amore di testimone*, da giugno in 250 sale. Ne abbiamo approfittato per parlare della sua carriera e del suo rapporto con la medicina

di Maricla Tagliaferri

È il medico che tutti vorremmo incontrare: competente, disponibile, sexy. Peccato che è finto. Si chiama Derek Shepherd, fa il neurochirurgo e vive in tv, nella serie americana *Grey's Anatomy*, giunta ormai alla quarta, premiatissima e seguitissima, edizione. Lo interpreta l'attore Patrick Dempsey, 42 anni, irlandese d'origine ma nato a Lewiston, nel Maine. Una testa dura, che ha superato la dislessia infantile dedicandosi allo sport fino a vincere il locale campionato di sci e avvicinandosi poi al teatro. Che, sognando di entrare in un circo, diventa giocoliere fino a vincere una gara internazionale. Che comincia a fare film a 19 anni, specializzandosi in ruoli romantici, ultimamente in *Come d'incanto* e *Un amore di testimone*, pur essendo stato Raskol'nikov in *Delitto e castigo* televisivo. Una persona che si muove con ironia nel mondo del glamour, scelto come testimonial da Donatella Versace e dalla Avon, al dodicesimo posto nella classifica degli attori più eleganti della rivista *Esquire*. Ma con un

radicato senso della famiglia. Dopo un primo matrimonio, giovanissimo, con una donna di 21 anni più grande, è sposato da 9 anni con Jill Fink, dalla quale ha avuto tre figli.

Una contraddizione?

No. La famiglia ti tiene coi piedi per terra. Tutto sarebbe più vago, in questo strano mondo dello spettacolo. Con mia moglie, poi, ho anche un rapporto professionale. Lei ha un centro di estetica ed è lì che l'ho conosciuta, andando a farmi tagliare i capelli. Ora è lei che si occupa del mio look quando preparo un servizio fotografico. In cambio accetto di farle da cavia per gli smalti per unghie che produce, sfidando l'ilarità degli amici, in palestra, di fronte ai miei piedi colorati.

Molto romantico. È per questo che preferisce i ruoli da bravo ragazzo? Non teme di rimanere prigioniero di uno stereotipo?

Le commedie sentimentali sono una valvola di sicurezza per il cuore, in questi tempi bui e lo stereotipo non è necessariamente negativo, anche se credo di saper fare anche altro.

Come concilia cinema e televisione?

Devo tutto il mio successo a *Grey's Anatomy*. Ho firmato per altri due anni, abbandonare, come hanno fatto altri, mi sembrerebbe scorretto verso il pubblico e verso di me. E loro mi lasciano delle pause per girare film.

Come spiega il successo della fiction a sfondo ospedaliero?

L'ospedale è un luogo dram-

maturgico perfetto, c'è di tutto: amore, intrighi, suspense, colpi di scena. E forse per gli americani cose come *E.R.* o *Dr. House*, per il quale ero stato in lizza contro Hugh Laurie, sono un modo per esorcizzare la paura per un sistema sanitario nazionale inesistente. **Nella sua città natale, lei ha fondato un ospedale tutto suo, il Patrick Dempsey Center for Cancer Hope & Healing.**

Non è un vero ospedale, ma una sezione di quello cittadino. Un centro di assistenza per pazienti oncologici e per chi gli sta vicino. È nato quattro mesi fa, lo gestisce mia sorella. Abbiamo anche creato un sito web a cui chiunque può rivolgersi per avere sostegno, guida e informazioni semplici e dirette.

Come mai quest'iniziativa? Credo che chi ha successo, ad un certo punto deve dare qualcosa in cambio. Ed è un omaggio a mia madre che ha avuto per due volte un cancro all'utero. Oggi sta bene, ma abbiamo passato brutti momenti. È stato allora che ho capito che l'informazione, in questi casi, è potere.

In che senso?

Quando ti diagnosticano un tumore, sei travolto. Ti fai mille domande: cos'è, com'è potuto succedere, che possibilità ho di sopravvivere. Più risposte hai, più diventi calmo. E più sei sereno, più riesci ad affrontare la malattia e vincerla. •

Patrick Dempsey





La musica e il tormento

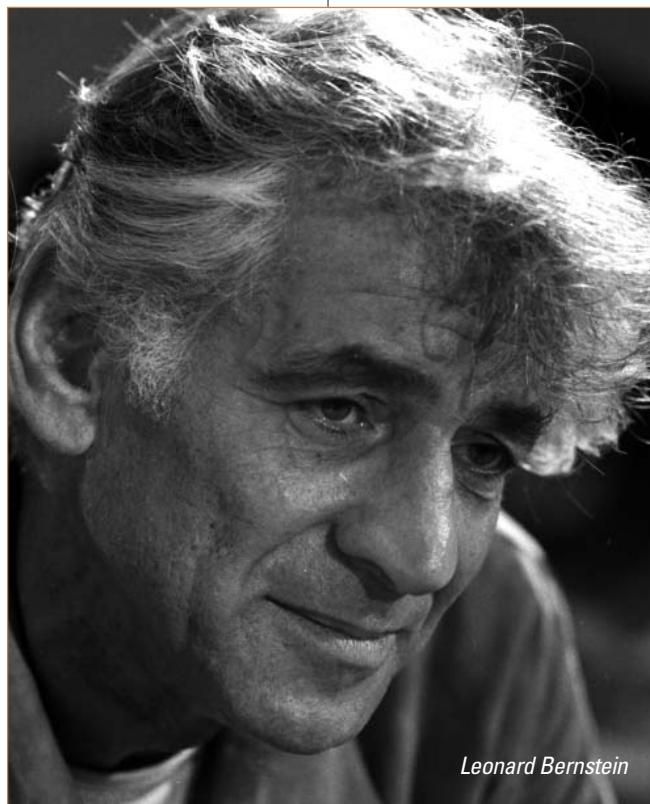
Nato nel Massachussetts nel 1918 da famiglia ebrea ucraina, e morto a New York nel 1990, Leonard Bernstein (il nome Louis fu poi mutato in Leonard a 16 anni) rappresenta la sintesi delle caratteristiche del genio, delle identità contrapposte del bisessuale, dell'impegno politico, del musicista. La sua vita si dipanò sulle note dell'esaltazione, della depressione e dell'estasi

di Piero Bottali

Lontano dall'immagine del grande direttore d'orchestra e compositore irraggiungibile, Leonard Bernstein fu pianista molto amato dal grande pubblico. Il successo mondiale raggiunto con la direzione della New York Philharmonic, e le sue celebri composizioni quali il musical *West Side Story* e l'opera *Candide*, non lo distolsero da una speciale attenzione per i giovani, con la serie dei *Young Peoples' Concerts* per la televisione pubblica statunitense. Scrisse tre sinfonie, due opere, cinque spettacoli musicali per il teatro e numerosi altri pezzi. Le sue composizioni furono fortemente influenzate dalla musica liturgica ebraica (in particolare le Sinfonie 1 e 3), da Gustav Mahler, George Gershwin e il suo amico Aaron Copland. Il giovane Leonard non fu subito musicista: l'opposizione del padre, Sam, uomo d'affari, non riuscì tuttavia a distoglierlo da quella che evidentemente era la sua strada. Che scoprì proprio durante un concerto per pianoforte, decidendo così di studiare questo strumento

già a 10 anni alla Boston Latin School, dove si diplomò nel 1935 perfezionandosi successivamente. Pur stimato e assai rispettato come direttore, compositore, pianista e didatta divenne famoso nel mondo, oltre che per la direzione della Philharmonic, anche perché direttore ospite in molte orchestre mondiali. Nel 1945 venne nominato direttore musicale della New York City Sym-

phony Orchestra, nel 1947 fu direttore a Tel Aviv inaugurando così una lunga collaborazione con le istituzioni musicali di Israele. L'aggancio forte con la gente comune gli veniva dalle sue pubbliche prese di posizione politica: nel Natale 1989, per i festeggiamenti della caduta del muro di Berlino direbbe in quella città la Sinfonia 9 di Beethoven, trasmessa dal vivo in più di venti



Leonard Bernstein

Paesi con un ascolto di cento milioni di persone. Per l'occasione modificò il titolo "Inno alla gioia" con "Inno alla libertà". Le sue idee politiche lo portarono a dare pubblici concerti per questa o quella causa, come per le Pantere Nere negli anni '60 e contro la guerra nel Vietnam. Come capitò a tutti i grandi direttori d'orchestra fu osannato e disapprovato. Fra chi lo considerò "ottimo direttore" figuravano i membri della Vienna Philharmonic Orchestra e della Israel Philharmonic Orchestra, mentre altri lo ritenevano il massimo interprete di Mahler, Brahms, Sciostakovič. Un manipolo di critici tuttavia descrisse il suo stile direttivo istrionico, irritante, distraente. Nessuno comunque negò mai la sua sincerità e spontaneità, quando si crogiolava nella gioia se il pezzo gli piaceva, ma che si mutavano in pessime direzioni se era costretto a dirigere un brano sgradito. Del pari, la sua vita privata fu all'insegna dell'eccesso e delle contraddizioni: pur padre amorevole di tre figli Bernstein era noto nell'ambiente musicale per la sua omosessualità, tanto che la moglie - l'attrice cilena Felicia Montealegre - a metà degli anni '70 chiese il divorzio appena scoprì che Leonard aveva avuto relazioni con uomini. Bernstein sentiva fortemente il conflitto fra il suo stato di uomo sposato e la sua bisessualità e ciò lo condusse verso gli ultimi anni ad una profonda depressione dalla quale mai si risollevò. •

Il Parlamento
alle luci
del tramonto

Sul bel Danubio blu



Situata su entrambi i lati di una lieve ansa del fiume, con la sua complessa e spesso amara storia, l'incredibile architettura e la ricca eredità culturale, Budapest merita appieno la fama di "Parigi dell'Europa centrale"

di Mauro Subrizi

Conosciuta come la "piccola Parigi" dell'Europa centrale, Budapest è famosa non solo per i monumenti che ne riflettono la cultura millenaria, ma anche per le vestigia di altri popoli che si stanziarono qui. Resti dell'occupazione romana e della dominazione turca possono essere visitati nella città. Dopo il governo turco, l'unione con l'Austria ebbe una particolare influenza sulla for-

ma e sullo stile di Budapest. Posta nel mezzo dell'Ungheria, Budapest gode di un clima continentale con stagioni nettamente definite, ognuna con le sue attrazioni, dalle feste tradizionali agli eventi culturali e sportivi. Centro storicamente culturale, ed in modo particolare musicale, Budapest continua la tradizione con molti spettacoli di musica, incluso il festival di primavera, un evento internazionale di musica classica e balletto. Una gita in barca lungo il Danubio

presenta un panorama unico della città. Il fiume ha svolto per secoli un ruolo particolare, separando Buda e Pest. Molti ponti stradali uniscono oggi le due metà della città. Tutto è stato ricostruito in questo secolo, dopo la distruzione delle truppe naziste in ritirata alla fine della guerra. Come Parigi, Budapest ha sfruttato le opportunità offerte dal fiume: i monumenti più belli ed importanti di Buda e di Pest coronano le sponde del Danubio. Tra questi il Palaz-

zo Reale, molte chiese, palazzi e case storiche, e il Parlamento ungherese.

LA ZONA DEL CASTELLO

La città alta di Buda si sviluppa intorno al suo castello e alla chiesa di Matyas a partire dal XIII secolo. Posta a 60 metri dal Danubio, la collina fu il luogo scelto dal re Béla IV, dopo l'invasione dei tartari, per costruirvi il suo castello e per stabilirvi la capitale del regno: Buda assunse un ruolo significativo nel XVIII e XIX secolo con gli Asburgo. Alla fine della Seconda guerra mondiale la Città Vecchia fu quasi interamente distrutta ed il Palazzo Reale raso al suolo. Nel dopoguerra palazzo e vecchi quartieri sono stati ricostruiti e ricreano il fascino originario di questa città.

Il **Palazzo Reale** ha assunto numerose e diverse forme. Si pensa che il re Béla avesse costruito il proprio castello nei pressi della chiesa di Matyas. Nel XVIII secolo gli Asburgo costruirono qui la loro monumentale residenza. L'odierna struttura è il risultato della ricostruzione, dopo la distruzione del febbraio 1945, del palazzo ottocentesco. Inaugurata nel 1957, la **Galleria nazionale ungherese** ospita una ricca collezione di arte ungherese dal medioevo al XX secolo. Le opere, raccolte da varie istituzioni, sono state ospitate in precedenza dal Museo nazionale ungherese e dal Museo delle Belle Arti. La collezione è stata trasferita nel Palazzo Reale

nel 1975. La **Città Vecchia** di Buda è stata il barometro dei cambiamenti di fortuna dell'Ungheria. Sviluppata a nord del Palazzo Reale a partire dal XIII secolo. Fiorì sotto re Sigismondo quando ricchi mercanti tedeschi costruirono negozi sulla via dei Signori. In seguito l'area fu rasa al suolo dai turchi e dai loro successori. Fu ricostruita anch'essa dopo la seconda guerra mondiale. La **Chiesa di Matyas** fu costruita tra il XIII ed il XV secolo. Alcuni degli elementi stilistici dell'architettura esistente risalgono al regno di Sigismondo di Lussemburgo, ma la chiesa prende il nome dal re Mattia Corvino, che la ampliò e la arricchì. Molti dettagli originali andarono perduti quando, nel 1541, fu trasformata in moschea per volere dei turchi. La chiesa fu poi quasi completamente distrutta durante la liberazione di Buda e ricostruita dai francescani in stile barocco. Accanto si può ammirare il **Bastione dei Pescatori**, monumento neoromantico progettato nel 1895 per la corporazione dei pescatori. Sorse al posto della piazza medioevale dove si vendeva il pesce. Offre una magnifica vista del Danubio e di Pest. Di fronte al bastione si trova la statua di Santo Stefano, il re che convertì l'Ungheria al cristianesimo.

IL MONTE GELLÉRT

Ergendosi ripido accanto al Danubio, il monte Gellért è una delle aree più affascinanti della città. Dalla cima del colle, centoquaranta me-



Bastione dei Pescatori

tri sul livello del mare, si apre una bella vista su Budapest. Alla collina, che un tempo si chiamava semplicemente il Vecchio Monte, sono legate molte leggende e superstizioni. Nel 1046, i pagani uccisero il vescovo Gellért (Gerardo), che cercava di convertirli al cristianesimo, gettandolo a valle dentro un barile. È da questo martirio che la collina ha preso il nome. La base del monte sporge leggermente sul Danubio causando un restringimento che permette il facile attraversamento. L'**Hotel Gellért** e i **bagni termali** sono stati costruiti tra il 1912 ed il 1918 nello stile della Secessione. Nel medioevo vi fu eretto un

ospedale e più tardi, con gli Ottomani, sorsero i primi bagni. Lasciando l'Hotel e continuando verso sud si raggiunge la **Chiesa nella Roccia**. Fu costruita nel 1926 su modello della grotta di Lourdes, per ordine dei monaci Paolini. Negli anni cinquanta i comunisti ne sospesero le attività, accusando i monaci di tradimento, e murarono l'ingresso della grotta. Chiesa e monastero furono riaperti il 27 agosto 1989, giorno in cui il Papa benedisse il nuovo altare di granito.

PEST

Attraversando il Danubio sull'imponente **Ponte delle Catene** (costruito nel 1839,

fu il primo ponte permanente ad attraversare il fiume) si arriva a **Pest centro**. Alla fine del XVII secolo la maggior parte di Pest era in rovina e rimanevano solo pochi abitanti. Nel giro di pochi anni, tuttavia furono costruiti nuovi quartieri residenziali. Nel XIX secolo, i progetti di sviluppo introdussero grandi edifici e complessi condominiali con negozi e caffè. In questo periodo Pest superò Buda come centro commerciale e industriale, in parte per merito della comunità ebraica, che giocò un ruolo attivo nel suo sviluppo. **Via Váci**, al centro di Pest, è forse la zona più interessante dove passeggiare: un tempo costruita da due strade separate, unite all'inizio del XVIII secolo, la strada presenta ancora due aspetti diversi. Parte della sezione è aperta al traffico mentre la zona nord è pedonale e da tempo attiva come centro commerciale. Molti degli edifici che fiancheggiano la via risalgono al XIX. Tuttavia, più recentemente, grandi magazzini, banche e centri commerciali sono sorti tra gli antichi edifici. *Philantia*, un negozio di fiori di stile secessionista aperto nel 1905, occupa parte del palazzo neoclassico al n. 9, costruito nel 1840. Il n. 9 ospita anche il Teatro di Pest. Casa Thonet, al n. 11, è nota per le ceramiche che ne decorano la facciata. Al n. 13 si trova il più antico edificio della via. Vicino ad esso una fontana di bronzo raffigurante Ermete che risale alla metà del XIX secolo. •



Ponte delle Catene

Cinquemila anni di fitoterapia

Dagli antichi egizi al medioevo, dalla Scuola Salernitana all'Inghilterra di Enrico VIII, dal fisiomedicalismo ai giorni nostri. Ripercorriamo le tappe fondamentali di una scienza antichissima

di **Carolina Bosco Mastromarino**

La fitoterapia della quale oggi tanto si parla è antica quanto l'uomo. Molte civiltà avevano sistematizzato questa pratica prima che Ippocrate stabilisse i canoni della medicina: il *Pen tsao* o *Grande erbario cinese* risale, infatti, al terzo millennio a.C., ed il *Papiro di Ebers*, che elencava le circa 700 piante impiegate dai medici egiziani, fu compilato intorno al 1500 a.C..

In seguito la fitoterapia andò sempre più affermandosi tanto che all'epoca di Plinio il Vecchio si riteneva che in natura esistesse un rimedio per ogni malattia. Nonostante la contaminazione di superstizioni di

ogni genere, da quelle magiche a quelle astrologiche, che nel medioevo portò ad uno scadimento della disciplina, si possono annoverare nomi eccellenti che proseguirono nel suo studio e nella sua applicazione. La Scuola Medica Salernitana diede infatti grande importanza alla fitoterapia: Trotula de Ruggero, che ne fu prima allieva e poi insegnante, nell'ottimo trattato di ostetricia da lei scritto, *De passionibus Mulierum Curandarum*, annotò molte ricette a base di erbe. Anche Santa Ildegarda, badessa di Bingen, nell'XI secolo mostrò un grande interesse per lo studio della fitoterapia, basti pensare agli scritti che raccoglievano il sapere medico e botanico del suo tempo: *Physica* ed *Herborum simplicium*. Infine Caterina Riario, madre di Giovanni Dalle Bande Nere, che nel XV

secolo si occupò con perizia di cosmesi a base di erbe e intrattenne relazioni epistolari con gli erboristi del suo tempo.

Con la scoperta del nuovo mondo giunsero in Europa molte piante utili dal punto di vista alimentare e con esse anche il chinino, estratto dalla *Cinchona Calisaia*, importante per la cura della malaria, ed il tabacco a cui in principio, poiché provocava salivazione, sudorazione e vomito, si attribuirono proprietà medicinali. Solo quando furono notati i suoi effetti nocivi, all'inizio del XIX secolo, fu eliminato dalla medicina. In Inghilterra, durante il regno di Enrico VIII, la fitoterapia fu riconosciuta ufficialmente con un atto del Parlamento.

Un impiego più razionale delle droghe vegetali iniziò nel XVII secolo di pari passo con l'ampliamento delle conoscenze della chimica e con la conseguente possibilità di ottenere estratti sempre più puri. Nel XIX secolo

la fitoterapia viene rilanciata negli Stati Uniti sotto forma di fisiomedicalismo,

che proponeva la forza vitale della natura come base della terapia. Mentre a Jean Valnet, insigne erborista e naturopata francese, va il merito del suo rilancio in Europa attraverso una divulgazione di massa e l'istituzione di corsi d'insegnamento indirizzati ai medici.

Oggi assistiamo ad una rivalutazione delle erbe in campo medicamentoso, cosmetico e dietologico, poiché stimolando lentamente ma efficacemente l'organismo, lo mettono in condizione di reagire per una migliore qualità della vita. I prodotti fitoterapici non sempre sono meno tossici di quelli sintetici tuttavia l'indice terapeutico (rapporto fra dose attiva e dose venefica) è nettamente a favore dei prodotti naturali.

L'Organizzazione mondiale della sanità, per garantirne un giusto impiego, ha elaborato una serie di linee guida per una corretta valutazione dei prodotti a base di erbe. Sebbene in alcuni Paesi della Comunità europea siano state adottate norme legislative per un valido controllo qualitativo e nonostante i tentativi di una equiparazione a livello comunitario, le norme nazionali differiscono molto le une dalle altre. È auspicabile che le crescenti istanze per una normativa europea, sollevate da più parti, vengano accolte al più presto, al fine di garantire un serio controllo della qualità dei prodotti. •



Giardini nascosti

Luoghi affascinanti ed inediti, frutto della passione di privati cittadini. Ne abbiamo scoperto e visitato uno sulle rive del fiume Marta, unico emissario del lago di Bolsena, nel Lazio

di **Diana Geraldini**

Li chiamano i giardini nascosti perché si trovano nei luoghi più impensati, magari dietro un supermercato o accanto ad una chiesetta consacrata. Nel Lazio ne sono stati scoperti una decina ed ognuno ha caratteristiche particolari. Per lo più appartengono a privati che li hanno creati dal nulla dopo anni, se non decenni, di impegno continuo, trasformando in angoli incantevoli luoghi utilizzati addirittura come discariche. Uno di questi giardini lo

abbiamo visitato nel momento del massimo splendore, cioè in primavera. Si trova nell'Alto Lazio, a poca distanza da Marta, un pittoresco paesino sulle sponde del lago di Bolsena. A riceverci è stata la proprietaria, Mirella Valmaggi, una signora dai modi gentili i cui occhi si illuminano quando parla di quella che definisce la "sua creatura", cioè il giardino della Cannara. "Io e mio marito siamo capitati da queste parti una ventina di anni fa. Cercavamo una casa in cui vivere in assoluta tranquillità. Lui ingegnere, io

diplomata in pianoforte all'Accademia di Santa Cecilia a Roma, ci siamo trasformati in appassionati giardinieri. La proprietà non superava l'ettaro di terra, ma quello che ci colpì fu la costruzione posta al centro: le chiamano "case-ponte" perché sotto scorre il fiume, in questo caso il Marta, un emissario del lago di Bolsena". Casa e terreno, ricorda Mirella Valmaggi, erano in uno stato di completo abbandono: oggi sulle rive del fiume crescono rigogliosi gli iris selvatici dai grandi fiori zafferano; spicca una bordura di ro-

se francesi le quali unite ad altre rose di diverso colore creano una sfumatura che va dal rosa pallido a quello più intenso. In uno spiazzo erboso tre alti cipressi, posti uno accanto all'altro, si dipartono da un'aiuola circolare formata da viole mammole dalla rara fioritura bianca ed arricchita da una scultura in peperino. Non lontano un gigantesco albero di magnolia proveniente dalla Corea si trova al centro di una radura raggiungibile con un ponticello di legno.

La visita è continuata raggiungendo due grandi vasci, una volta pieni di anguille ed oggi tappezzati di ninfee color rosa e di papiri, habitat naturale per allegri ranocchi. Ed ancora gruppi di azalee sorprendentemente ancora in fiore con corolle color rosa e l'interno fucsia e rose provenienti dall'Inghilterra che si inerpicano sino a ricoprire gli alberi. Clematidi di varie sfumature che vanno dal bianco al rosa tenue, dal lilla al viola scuro; fitti boschetti di bambù e piccole margherite che insolitamente ricoprono un muro di tufo risalente al tempo degli Etruschi.

Verso sera abbiamo lasciato questa splendida oasi di pace che merita una visita, proprio come fece nel '400 Pio II, Papa Enea Piccolomini, che in uno scritto ne descrisse con ammirazione la bellezza •



Olimpiadi o Europei occhio alla salute

L'estate 2008 è caratterizzata dal punto di vista sportivo da due grandi eventi: l'Olimpiade in Cina ed i campionati europei di calcio in Austria-Svizzera. Le implicazioni di natura sanitaria

di Walter Pasini (*)

Gli atleti che disputano le gare e le migliaia di spettatori che seguono l'evento sul posto devono considerare anche gli aspetti di carattere sanitario per evitare malattie connesse al viaggio.

Per quanto riguarda il viaggio in Austria, non si poteva trascurare il rischio encefalite da zecche, una malattia virale del s.n.c. trasmessa attraverso il morso di zecche, in particolare *Ixodes ricinus* ed *Ixodes persulcatus* che operano sia come vettori che come serbatoi. L'infezione è molto diffusa nell'Europa centrale, Austria inclusa. Poiché si tratta di malattia molto pericolosa e poiché non è raro frequentare parchi, boschi e foreste, conviene assolutamente vaccinarsi, come hanno fatto i giocatori della nostra Nazionale. Il vaccino è disponibile anche in Italia. Per una schedula ravvicinata sono due le dosi da fare a distanza di 15 giorni l'una dall'altra. Per prolungare l'immunità si dovrà fare una terza dose a distanza di un anno.

Il viaggio in Cina presuppone un'attenzione maggiore. Occorre preparare il viaggio con un itinerario detta-



gliato, scegliere una compagnia aerea di fiducia e dotarsi di una assicurazione che copra ogni tipo di rischio sanitario, incluso il ricovero ospedaliero e l'eventuale rimpatrio. Le persone anziane e quelle con malattie croniche dovrebbero effettuare un check-up medico prima della partenza. Sarebbe molto importante, inoltre, che i viaggiatori che si recano in Cina fossero dotati del Passaporto Sanitario, documento che contiene la storia sanitaria del viaggiatore. Tradotto in otto lingue compreso il cinese, il documento consente al medico che debba prendersi cura del viaggiatore di ricostruire in pochi minuti la sua anamnesi.

Prima della partenza il viaggiatore deve verificare il suo stato immunitario rispetto malattie come tetano, difterite, epatite B, morbillo. Con il proprio medico curante può prendere in considerazione la vaccinazione contro epatite A, febbre tifoide, colera, encefalite giapponese e rabbia, malattia quest'ultima ancora diffusa nel Paese con 2545 casi mortali denunciati nel 2005. Un'altra vaccinazione da prendere in considerazione è l'influenza che nell'emisfero nord ha un andamento stagionale (da ottobre a marzo) e che nelle zone equatoriali è presente tutto l'anno.

Un rischio da considerare è anche quello dell'influen-

za aviaria da H5N1 che in Cina ha ufficialmente colpito 30 persone di cui 20 decedute. È bene dunque che viaggiatori diretti in Cina evitino, una volta arrivati a destinazione, di entrare in contatto con pollame e volatili in genere (come può accadere nei tipici mercati cinesi o nelle fattorie), di mangiare carne di pollame non adeguatamente cotta, uova crude e di toccare superfici contaminate da deiezioni di polli, oche ed anatre. È buona norma lavarsi le mani con acqua e sapone prima dei pasti e in tutte le occasioni che lo consentano.

È bene altresì che prima della partenza i viaggiatori mettano in valigia farmaci antivirali orali in grado di contrastare l'influenza stagionale ed eventualmente quella dovuta al virus aviario H5N1.

Nel Kit del viaggiatore dovranno essere messi assolutamente i farmaci di cui si fa uso abituale in scorte sufficienti a coprire l'intera durata del viaggio, per la difficoltà a reperirli sul posto ed anche in considerazione del fenomeno della contraffazione dei farmaci presente in Cina. Ad essi vanno aggiunti un farmaco contro la diarrea del viaggiatore e tutti quelli che il medico consiglierà a seconda delle condizioni di salute e della storia personale del viaggiatore. •

(*) Direttore Centro OMS
Medicina del turismo

Nuovo studio contro la dipendenza dall'alcol

Eccezionale indagine di un gruppo di ricercatori del Policlinico universitario di Messina dimostrerebbe la correlazione tra l'aumento del consumo di alcol e l'uso degli energy drink

di Enzo Gallo

Il consumo degli energy drink associati a bevande alcoliche provocherebbe dipendenza dall'alcol. L'eccezionale scoperta, che potrebbe avere importanti risvolti socio culturali ed essere di supporto anche al ministero della Salute per sviluppare dinamiche adeguate a contrastare la dipendenza dall'alcol, è stata messa a punto da un'équipe di ricercatori del Policlinico Universitario di Messina, coordinati dal professor Gioacchino Calapai. Secondo i dati emersi dall'indagine effettuata dagli studiosi del Dipartimento di farmacia, diretto dal professor Achille Caputi, ci sarebbe difatti una correlazione tra l'assunzione di energy drink e l'aumento dell'uso di alcol soprattutto tra i giovani. Per arrivare a questa conclusione, i ricercatori dell'azienda Policlinico hanno intervistato, mediante l'utilizzo di un questionario, un campione di giovani della Facoltà di Medicina dell'Università messinese. L'indagine è stata pubblicata dal prof. Calapai, dal prof. Ca-



puti e tutto il gruppo di ricercatori su diverse riviste internazionali di medicina, tra le quali la prestigiosissima "Alcoholism Clinical and Experimental Research".

Gli energy drink sono un gruppo di bevande caratterizzate da effetti stimolanti sul sistema nervoso centrale, poiché i principali costituenti di tali bevande sono: caffeina, taurina, carboidrati, glucuronolattone, inositolo, niacina, pantenolo e vitamine. Il loro utilizzo è divenuto

negli ultimi anni sempre più popolare tanto che, sulla base di alcuni dati di mercato, i ricavi delle vendite di tali prodotti si attestano ormai intorno ai 2 milioni di euro l'anno, con una maggiore prevalenza d'uso nelle regioni settentrionali. Lo studio effettuato a Messina è stato condotto su 500 studenti, 450 dei quali hanno compilato in forma anonima il questionario e lo hanno riconsegnato riportando tra l'altro, sesso, età ed informazioni circa l'uso di energy drink. L'attenzione è

stata posta in particolare sulle modalità d'uso di questo tipo di bevande (da soli o in associazione a bevande alcoliche), sul numero di lattine ingerite nell'ultimo mese, sulle principali motivazioni d'uso e sul numero di cocktail contenenti energy drink e alcol assunti nell'ultimo mese o in una sola serata. I dati ricavati dall'indagine indicano che l'associazione di queste bevande e l'alcol è molto popolare tra gli studenti. Il 56,9% di questi infatti, ha dichiarato di fare uso di energy drink, in particolare, associandoli ai superalcolici. Nel complesso, 218 studenti (il 48,4% del totale) hanno dichiarato di utilizzare energy drink e alcol. In particolare, il 37,7% degli utilizzatori li ha bevuti con alcol per più di tre volte nell'ultimo mese. Analoghi risultati sono stati ottenuti circa l'assunzione di energy drink con alcol in una notte mentre le bevande alcoliche maggiormente associate agli energy drink sono state gin (40% v/v) e vodka (37,5% v/v). I rischi di questa pericolosa associazione possono essere diversi. Innanzitutto, i giovani non avvertendo i sintomi dell'intossicazione etilica tendono ad assumere più o meno consapevolmente elevati quantitativi di alcol. L'aumento del consumo di alcol può poi causare la possibilità di incidenti stradali e favorire lo sviluppo nei giovani di un etilismo precoce. •



DEVO ASPETTARE QUALCHE "FINESTRA"

Caro Presidente,
mi sono laureato ed iscritto all'Ordine nel 1977. Sono stato medico condotto dal '77 al '78 e per un breve periodo anche nel 1980.

Inoltre, sono stato medico responsabile di struttura Enpas dal '78 all' '80. Per queste due mansioni svolte ho richiesto la ricongiunzione all'Inpdap per tramite dell'Enpam nel 2001 ma, fino ad ora, non ho ricevuto alcuna notizia. Sono convenzionato con il Ssn per la Medicina generale dal '77 (logicamente prima con le vecchie Casse di assistenza e successivamente con il Ssn) ed ho in atto il riscatto degli anni di laurea che, iniziato nel 2002, terminerà nel giugno del 2011.

Vorrei sapere da te:

- compiendo 62 anni ad agosto 2011 e, a quella data, avendo terminato il riscatto di laurea e quindi avendo 40 anni di contribuzione, quando potrò andare in pensione con la vigente normativa, subito o devo aspettare qualche "finestra"?
- A quanto ammonterà, a lordo, l'importo mensile della pensione a quella data?
- Potrei anticipare il pagamento delle due ultime rate del riscatto di laurea a giugno 2010? In caso di risposta affermativa devo chiederlo per iscritto? Sempre in caso di risposta affermativa, ad agosto 2010 avrei compiuto 61 anni ed avrei 39 anni di contribuzione: quando potrei andare in pensione (Subito? Devo attendere una "finestra"?) e a quanto ammonterà, al lordo, l'importo mensile della pensione a quella data?

Grazie della tua attenzione e per l'impegno profuso per noi colleghi e per l'Enpam.

(Lettera firmata)

Caro Collega,
ti rappresento, preliminarmente, che potrai accedere al trattamento di anzianità presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale, nel 2010, solo previo perfezionamento, entro quell'anno, dei versamenti relativi al riscatto di laurea. Non dovrai attendere l'apertura delle cosiddette "finestre di uscita", essendo già decorso il tempo di dilazione previsto dalla normativa, rispetto alla data di raggiungimento dei requisiti. La prestazione mensile lorda cui avresti diritto è quantificabile in circa 3.500,00 euro.

Pertanto, come richiesto, potresti attendere il 2011 per completare i versamenti per riscatto; anche in tal caso potresti andare in pensione senza dover attendere l'apertura di alcuna "finestra". Il rateo mensile che ti verrebbe erogato sarebbe pari a circa euro 3.700,00 lordi.

Inoltre, quanto prima riceverai dall'Enpam un prospetto, non

vincolante, riportante l'eventuale onere a tuo carico per ricongiunzione della contribuzione giacente presso l'Inpdap ed i relativi benefici che l'accettazione della proposta potrebbe comportare sulla futura prestazione in godimento. Ti faccio presente, infine, che per effetto di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. E', pertanto, opportuno che prima della cessazione dell'attività tu proceda ad una ulteriore verifica della posizione previdenziale presso i competenti uffici dell'Enpam. Ne consegue che la presente informativa deve ritenersi non impegnativa per la Fondazione.

Ti saluto cordialmente.

Eolo Parodi



NON SI PUO' PERDERE QUALCOSA DI DOVUTO

Caro Presidente,
apprezzo molto le risposte dettagliate che fornisce ai colleghi sui quesiti pensionistici; e francamente, spesso mi viene da sorridere, quando, in queste richieste dei colleghi, si ravvisa la preoccupazione di perdere qualcosa del dovuto; mediamente, parliamo di pensioni che si aggirano dai 2000 (nella peggiore delle ipotesi) ai 3000 euro e oltre; l'angoscia dei colleghi che pensano ai 100-300 euro (vale a dire il 5-10% del totale) come ad una disgrazia mi sembra anacronistica nel mondo di oggi (che per loro fortuna non

hanno vissuto...). Le pongo l'esempio della mia situazione (che penso riguardi, a grandi linee, molti miei coetanei):

- specializzato da 7 anni in branca internistica, laureato dal 1994;
- incarichi ospedalieri per un totale di 24 mesi (non continuativi);
- libera professione al 12,5% per una paio di anni (quindi 7-8000 euro di contributi totali) su 12 di attività professionale; i restanti anni (6) sono al 2% (perché coperto da altre forme pensionistiche, sempre per periodi parziali, si figuri che ho anche due anni di Inps-gestione separata per un contratto co.co.co. di ricerca finalizzata;
- impossibilità economica di riscattare gli anni di laurea e anche di passare al 12,5% fisso;
- ho aderito al riscatto di allineamento per la Quota A (per avere un incremento lordo annuo di 1000 euro lordi, pensi che ricchezza...).

Le faccio una domanda complessa, cerchi, per come può, di darmi una risposta almeno orientativa.

Se mantenessi questo "andazzo" (lavorativo ed economico) fino a 65 anni quanto mi potrei aspettare dall'Enpam?

In altre parole, calcolando: Quota A + riscatto di allineamento, Quota A + 2000 euro all'anno del 12,5% e senza nessun altro riscatto, in che ordine di cifre si collocherebbe la pensione Enpam?

Mi basterebbe sapere a quanto ipoteticamente ammonterebbe oggi, ipotizzando di

avere già raggiunto 35 anni di posizione contributiva ed assumendo gli altri parametri che le ho detto.

(Lettera firmata)

Caro Collega, non è ovviamente possibile effettuare una puntuale proiezione pensionistica, considerato il notevole lasso di tempo che dovrà trascorrere prima che tu possa percepire un trattamento previdenziale.

A mero titolo informativo, comunque, come richiesto, sulla base della tua attuale posizione contributiva, al compimento dell'età pensionabile l'importo della pensione che ti verrà erogato a carico della "Quota A" dovrebbe essere pari a circa euro 5.600 annui lordi, comprensivi del riscatto di allineamento da te effettuato.

Qualora, inoltre, continuassi a contribuire al Fondo della Libera professione fino al compimento del 65° anno di età, effettuando versamenti con l'aliquota del 12,50% per un importo annuo pari a circa euro 2.000 (come da te ipotizzato), ti verrebbe erogato a carico di tale Fondo un trattamento pensionistico pari a circa euro 8.600 annui lordi.

Ti saluto cordialmente.

E.P.



COMINCIO A PENSARE ALLA PENSIONE

Caro Presidente, nel 2007 ho compiuto 60 anni e comincio a pensare alla possibilità della pensione. Mi sono laureato nel 1973 e verso contributi in qualità di mmg dal 1976. Supponendo la costanza dei miei versamenti, vorrei sapere quando mi sarà possibile andare in pensione e a quanto ammonterebbe la stessa; vorrei an-

che sapere a quanto ammonterebbe la mia pensione al raggiungimento del 65° anno di età.

Grazie e cordiali saluti.

(Lettera firmata)

Caro Collega, sulla base dei contributi accreditati a tuo nome presso il Fondo medici di medicina generale, pari ad euro 166.767,20, gli uffici hanno provveduto a determinare le richieste ipotesi pensionistiche.

Nel merito, ti rappresento che le vigenti norme regolamentari prevedono il riconoscimento del trattamento pensionistico ordinario, all'iscritto che cessi dal rapporto professionale con gli Istituti del Ssn dopo il compimento del 65° anno di età. La rendita pensionistica è erogata, altresì, al Sanitario che cessi lo svolgimento dell'attività convenzionata al raggiungimento del 58° anno di età, sempre che egli abbia maturato presso il Fondo una anzianità contributiva effettiva o riscattata non inferiore a 35 anni; è necessario, inoltre, aver conseguito da almeno 30 anni il diploma di laurea in medicina e chirurgia.

Ciò premesso, ti informo che nel tuo caso il raggiungimento dell'anzianità contributiva prescritta per il collocamento a riposo avverrà nel mese di marzo 2011; tuttavia, in applicazione della legge n. 449/97, la prestazione pensionistica anticipata decorrerebbe dal 1° ottobre del medesimo anno, prima finestra utile di uscita. Supponendo, pertanto, la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli istituti del Ssn alla data indicata, l'importo della rendita pensionistica è quantificabile in circa euro 2.500,00 lordi mensili. Nel caso scegliesti di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari,

percepiresti una indennità pari a circa euro 57.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e un trattamento pensionistico, lordo mensile, di circa euro 2.100,00.

Se decidessi, invece, di protrarre l'esercizio della medicina generale fino al compimento del 65° anno di età, la rendita pensionistica ammonterebbe a circa euro 2.700,00 lordi mensili. In caso di trattamento misto, l'indennità in capitale sarebbe pari a circa euro 58.000,00 lordi e la pensione mensile, al lordo delle ritenute fiscali, ammonterebbe a circa euro 2.200,00.

Devo precisarti, da ultimo, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione.

Colgo l'occasione per salutarvi cordialmente.

E.P.



SE NON HO "MATURATO" E MI RITIRO?

Caro Presidente,

in caso di ritiro volontario dall'attività lavorativa prima di aver maturato i requisiti di età e versamenti per la pensione che cosa succede degli importi versati in tutti gli anni di lavoro?

Ringrazio anticipatamente. Distinti saluti.

(Lettera firmata)

Caro Collega, le norme regolamentari in vigore presso il Fondo di previdenza generale dell'Enpam prevedono, in caso di cessazione dell'attività professionale e conseguente cancellazione dall'Ordine dei Medici e de-

gli Odontoiatri prima del compimento del 65° anno di età, il riconoscimento del trattamento pensionistico ordinario all'iscritto che abbia maturato una anzianità contributiva pari ad almeno 15 anni.

Pertanto, qualora decidessi di non svolgere più alcuna attività in ambito medico, i contributi accreditati a tuo nome presso la "Quota A" e la "Quota B" della gestione in parola, determineranno, al compimento del 65° anno di età, l'erogazione di un trattamento pensionistico.

Per quanto riguarda la "Quota A", dove confluiscono i contributi minimi obbligatori, ti informo che ipotizzando la cancellazione dall'albo professionale di categoria entro la fine del corrente anno, l'importo della pensione è quantificabile in circa euro 170,00 lordi mensili.

Qualora, di converso, decidessi di cessare l'esercizio dell'attività professionale senza revocare la tua iscrizione dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, proseguendo quindi la corresponsione dei contributi minimi obbligatori fino al compimento del 65° anno di età, l'importo della rendita pensionistica sarebbe pari a circa euro 320,00 lordi mensili.

Per quanto concerne, invece, la "Quota B" del Fondo in questione, ti comunico che ipotizzando la cessazione dello svolgimento della libera professione entro il 31/12/2008, l'importo del trattamento di quiescenza che ti verrebbe riconosciuto è quantificabile in circa euro 950,00 lordi mensili.

Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni.

Ti invio cordiali saluti.

E.P.

Vendere, acquistare e risparmiare

A colloquio con Carlo Catelani, presidente Afip, per conoscere meglio il commercio dei francobolli e ricevere suggerimenti per sicure transazioni

di Gian Piero Ventura

Dopo un paio di numeri dedicati all'importanza sociale del francobollo cambiamo radicalmente punto di vista e, soprattutto dopo le tante richieste pervenute, facciamo una piccola analisi del lato commerciale della filatelia, parlandone con Carlo Catelani, presidente dell'Associazione filatelisti italiani professionisti (Afip).

Presidente allora che suggerimento possiamo

dare a chi vuol comprare o, più complicato ancora, vendere?

Prima di tutto chiedo io perché vendere? Quella della filatelia è una collezione senza limiti, assolutamente personalizzabile a seconda dei nostri desideri e soprattutto dei budget a disposizione, in pratica è anche una forma di risparmio "alternativo", risulta essere infatti il bene da collezione più diffuso al mondo.

Su questo siamo davvero d'accordo, ma comunque...

Comunque chi ha davvero necessità può contattarci andando magari sul nostro sito www.afip.biz dove sono presenti i nomi di tutti i commercianti professionisti associati, facilmente consultabili anche per provincia di appartenenza. In fondo quando si ha a che fare con la salute bisogna rivolgersi ad un bravo medico, regolarmente iscritto all'Ordine, così consigliamo lo stesso a chi vuole avere a che

fare con il vasto mondo della filatelia.

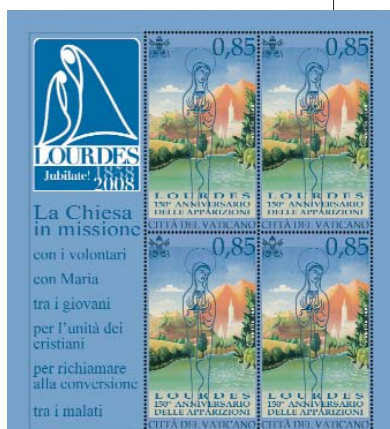
Per fare invece "buoni" acquisti?

Personalmente suggerisco di fare conoscenza diretta e "faccia a faccia" sempre con un filatelico e quindi controllare il francobollo di persona piuttosto che affidarmi a compravendite tramite Internet. Per raccolte molto importanti esistono poi le case d'asta, anche queste eventualmente contattabili tramite i nostri associati. Insomma affidarsi ai professionisti per acquistare, valutare o vendere è sicuramente il percorso migliore e più sicuro!

Sicuramente quello che dice Catelani, che ringraziamo, è corretto e conviene prestare attenzione anche in merito all'utilizzo di Internet, vogliamo comunque suggerire un altro modo per acquisire francobolli. Avete mai provato a chiedere a parenti o amici se ne hanno, magari "ereditati", in soffitta oppure in cantina? Vedrete che risposte e scoprirete l'esistenza di un "te-

soro" che sta sicuramente andando nel dimenticatoio o, peggio ancora, verso il deterioramento. Allora diamoci da fare e, senza pensare troppo a fare uno scoop, cerchiamo di dare la giusta valorizzazione a questi piccoli pezzetti di carta dentellati.

Concludiamo con le mostre mercato di luglio: il 5 e 6 a Fano (PU) presso il Chiostro Sant'Agostino in via Vitruvio n.9 (info 0721.823002); dal 19 al 21 a Tuenno (TN) nella sala polifunzionale della scuola di via Trento (0463.451149) ed infine il 25, 26 e 27 a Patti (ME) presso il Palazzo di Città a piazza Sciacca (0941.22152), anche con mostra espositiva. •



Vaticano 2008: uno dei due francobolli emessi per l'anniversario delle apparizioni di Lourdes. La tiratura è di 70 mila a minifoglio, ma quest'ultimi sono già esauriti



Italia 2008: emissione per "Sulmona, la Madonna che scappa in piazza", varietà con dentellatura spostata che determina una fuori centratura



a cura
dell'avv. Pasquale Dui (*)

Il Testo Unico sulla sicurezza del lavoro (D.Lgs. 81/2008) ha potenziato il ruolo del medico competente e della sorveglianza sanitaria negli ambienti di lavoro, prevedendo una disciplina più articolata rispetto alla precedente.

Quanto ai requisiti soggettivi del medico competente, il Testo Unico prevede che possano continuare a svolgere tale funzione, oltre agli specialisti in medicina del lavoro, anche gli specializzati in "igiene e medicina preventiva o medicina legale": per questi lo svolgimento dell'attività è subordinata alla frequenza di corsi universitari integrativi, che verranno definiti con decreto del ministero dell'Università, di concerto con il ministero della Salute.

La nuova normativa non prevede percorsi integrativi per coloro che alla data del 15 maggio 2008 già svolgevano la funzione di medico competente o che possono dimostrare di averla svolta, per almeno un anno, nell'arco dei tre anni precedenti, inviando alla Re-

gione un'attestazione del datore di lavoro.

Al fine di rafforzare la figura del medico, la formazione continua è divenuta obbligatoria a partire dal programma triennale successivo all'entrata in vigore del Testo Unico e impone agli interessati di conseguire almeno il 70 per cento dei crediti nella disciplina specifica della medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro.

Pertanto, i titoli di studio e la formazione continua sono requisiti necessari per l'iscrizione nel nuovo elenco dei medici competenti, istituito presso il ministero del Welfare, a cui il professionista può iscriversi, co-

municando entro sei mesi dall'entrata in vigore della nuova normativa, a mezzo di autocertificazione, il possesso dei requisiti.

Ora potrà essere nominato competente anche un collaboratore esterno e non più solo il dipendente di strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con il datore.

Viene, infatti, recepito il principio giurisprudenziale prevalente, secondo cui il datore di lavoro deve assicurare al medico competente di svolgere il proprio ruolo con adeguata autonomia. Inoltre, le funzioni del professionista competente non sono delegabili a terzi, quindi le aziende con più sedi

produttive o i gruppi di imprese possono nominare più medici competenti, purché individuino tra questi un medico con funzioni di coordinamento.

Tra i nuovi obblighi del medico, vi è quello di custodia delle cartelle sanitarie, che, nel caso di aziende con più di quindici dipendenti, possono essere conservate in un luogo designato con il datore di lavoro. È altresì previsto l'obbligo per il professionista di consegnare la documentazione sanitaria al lavoratore cessato dal rapporto e fornire a quest'ultimo eventuali informazioni sulla necessità di sottoporsi in futuro ad accertamenti sanitari, qualora nel corso del rapporto sia stato esposto ad agenti con effetto a lungo termine.

Infine, gli esiti delle visite compiute dal medico devono essere inseriti nella cartella sanitaria del lavoratore e il sopralluogo in azienda da parte del sanitario dovrà essere compiuto una sola volta all'anno o con una diversa frequenza decisa in base ai rischi aziendali. •

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



INSEDIAMENTO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

Con l'insediamento in data 30/05/2008 dell'Organismo di Vigilanza cui sono stati chiamati, in qualità di Presidente, il dott. Emidio Frascione, Presidente di Sezione presso il Consiglio di Stato e già Capo di Gabinetto al Ministero della Salute e, come componenti, il dott. Bruno di Fortunato, Procuratore Regionale della Corte dei Conti per l'Abruzzo, e il dott. Alberto Proia, dirigente della Funzione Internal Auditing, si è completato il processo di adeguamento dell'Enpam al D.Lgs. 231/2001 sulla responsabilità di Enti e Società.

Il cammino iniziato con l'avvio del "Progetto 231-Enpam" ha visto prima la costruzione del Modello Organizzativo dell'Ente, che evidenzia la rispondenza del sistema di governo e di controllo interno ai requisiti del Decreto 231 e al corretto presidio delle aree di attività potenzialmente soggette a condotte sanzionabili.

Ulteriori significativi passi sono stati la definizione del Codice Etico, che formalizza peraltro comportamenti già insiti nel modus operandi dell'Ente a tutti i livelli, e l'approvazione dello Statuto dell'Organismo di Vigilanza, che ha il compito di verificare in modo indipendente la corretta applicazione del Modello e del Codice e di proporre gli eventuali adeguamenti richiesti dalla normativa e dalla evoluzione del contesto interno ed esterno.

Per gli aspetti operativi l'Organismo si avvarrà della Funzione di Internal Auditing dell'Ente che assicurerà tutto il supporto necessario.

Diamo pertanto il benvenuto e l'augurio di buon lavoro agli illustri membri dell'Organismo che hanno manifestato la loro piena disponibilità a svolgere l'alto compito assegnato.

ORGANI COLLEGIALI

CONSIGLIO

DI AMMINISTRAZIONE

Prof. Eolo PARODI (Presidente)
Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)

Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)

CONSIGLIERI: Dr. Alberto OLIVETI
· Dr. Giuseppe GRECO · Dr. Nunzio ROMEO · Dr. Arcangelo LACAGNINA · Prof. Marco PERELLI ERCOLINI · Dr. Gerardo D'URZO · Dr. Elia-

no MARIOTTI · Dr. Gian Mario SANTAMARIA · Dr. Bruno DI LASCIO · Dr. Francesco LOSURDO · Prof. Aurelio GRASSO · Dr. Giuseppe DEL BARONE · Dr. Benito MELEDANDRI · Dr. Paolo ORIANA · Dr. Antonio SILI SCAVALLI · Dr. Mario CARLETTI · Dr. Giovanni DE SIMONE · Prof. Maurizio DALLOCCIO · Geom. Carlo SFRISI · Dr. Luigi PEPE · Dr. Alfonso CELENZA · Prof. Salvatore SCIACCHITANO · Dr. Giuseppe GUARNIERI.

COMITATO ESECUTIVO

Prof. Eolo PARODI (Presidente)
Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)

Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)

CONSIGLIERI: Dr. Giuseppe DEL BARONE · Dr. Arcangelo LACAGNINA

· Dr. Benito MELEDANDRI · Dr. Alberto OLIVETI · Dr. Paolo ORIANA.

COLLEGIO SINDACALE

Dr. Ugo Venanzio GASPARI (Presidente)

Dr.ssa Antonella DI MODUGNO (Presidente Supplente)

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

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

Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldreghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

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

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno

email: archivio.giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - ablestock.com

**MENSILE - ANNO X - N. 6
DEL 19/06/2008
Di questo numero sono
state tirate 431.370 copie**

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

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

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

AVVISO DI PAGAMENTO QUOTA A 2008

Il 30 giugno è scaduta la seconda rata del contributo obbligatorio di Quota A, nel caso in cui l'avviso sia pervenuto dopo la scadenza di una o più rate, il pagamento delle rate scadute dovrà essere eseguito entro 15 giorni dall'atto di ricezione.

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

Doppio pagamento. Nel caso di pagamento effettuato per errore in unica soluzione e alla scadenza indicata nel bollettino, contattare il Concessionario Equitalia Esatri S.p.A.- Ufficio Protocollo Valori al numero 02 641 66 497 ovvero inoltrare richiesta scritta al numero di fax 02 641 66 326.

REDDITI PROFESSIONALI 2007

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Attenzione! Ulteriori informazioni sulla "Quota B" sono riportate nell'articolo pubblicato a pag. 11.



E.N.P.A.M.

