

ENPAM

IL GIORNALE DELLA

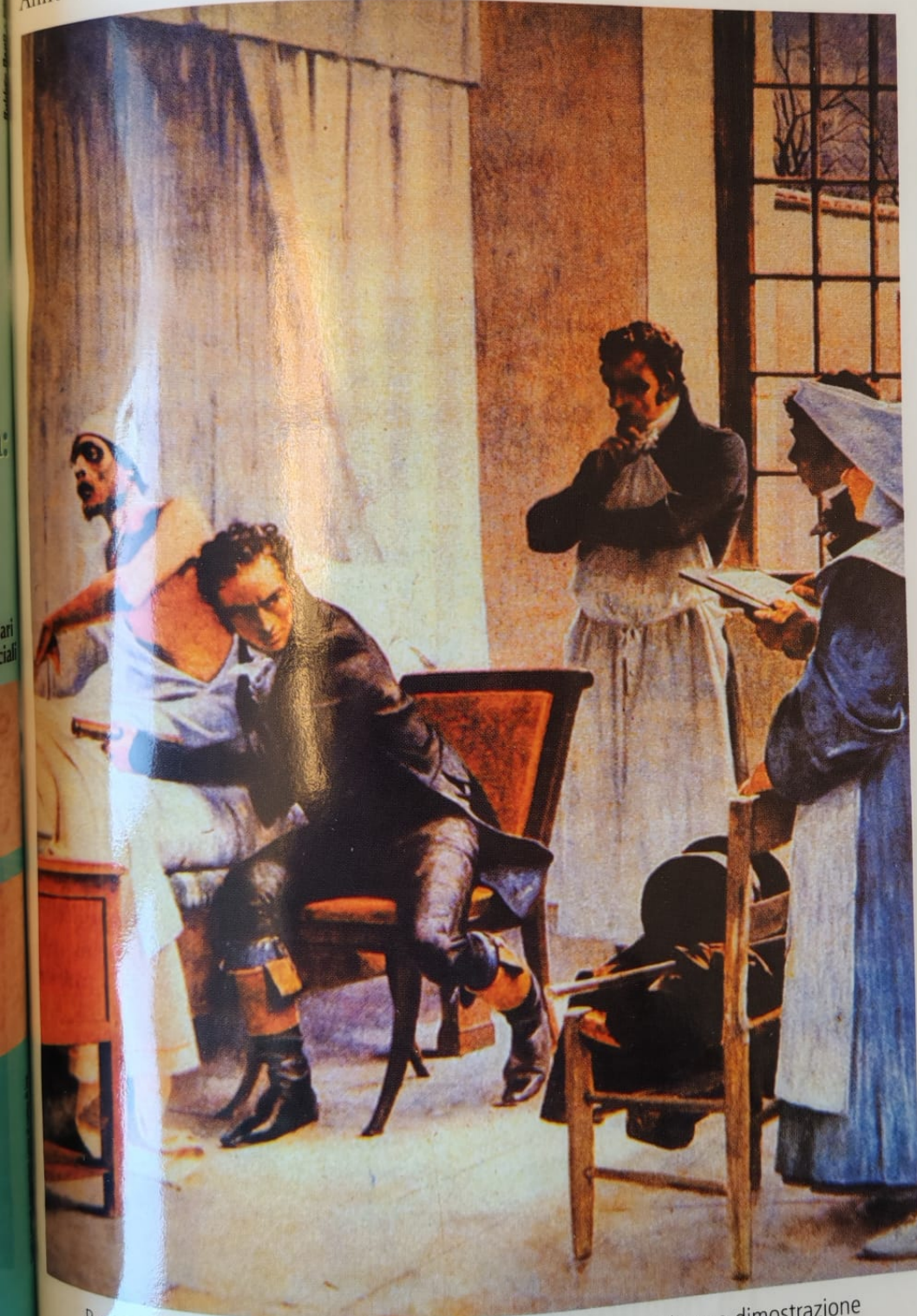
Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

Anno VII - n° 8-2005

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

Fondato da Eolo Parodi



PREVIDENZA
NOVITÀ PER
GLI SPECIALISTI
ESTERNI

p. **8**

L'INTERVISTA
UN PEDIATRA
RACCONTA LA
SUA PROFESSIONE

p. **14**

OMS
ALLARME
INFLUENZA
AVIARIA

p. **40**

CONGRESSI
VESTE
GRAFICA
RINNOVATA

p. **47**

René Théophile Laënnec, inventore dello stetoscopio, sta fornendo una dimostrazione

GENERAZIONI



mio nonno
era un contadino



mio padre
un impiegato



io sono medico



mio figlio
un medico
disoccupato

< Pubblicità >

Numero 8/2005

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

Se ci vuoi leggere su Internet
clicca su

www.enpam.it

in questo numero

5	Si riparte: tutti alla stanga
6-7	Guardare al futuro con serenità
8-9	Fondo specialisti esterni: novità
10	A proposito di ex convenzionati
12-13	Enpam: obbligati al gioco di squadra
14-15	L'intervista: parla il prof. Ugazio
16-17	L'angelo silenzioso di Kabul
18-19	Diritti dei portatori di handicap
20	Casellario pensioni e nuova tassazione
21	Attenti all'ICI
22-23	Biblioteca del CNR
24-25	La fata dei bambini blu
26-27	Adozioni internazionali
28-29	Vita degli Ordini
30	Notizie
32-33	Giovani: compro quindi sono
36-37	Recensioni libri
40	Rischio influenza aviaria
41	Telemedicina per i soldati
42	Accadde a ...Ottobre
44-45	Lo sport più antico: camminare
46	Giornata del malato reumatico
47-59	Congressi, convegni, corsi
60	Letteratura scientifica
61	In-Ricerca
62-63	Viaggi: il Sudafrica
64	Le erbe
65	I fiori
66	Economia: il gioco dell'Opa
68	Cinema: il festival
69	Musica: la band di Piazza Vittorio
71	Sport a 105 anni
72	Storia e Arte: il dott. Oribasio
73	Mostre ed esposizioni in Italia
74	La valle della memoria
75	La solidarietà delle mogli dei medici
76-77	Lettere al Presidente
78	L'avvocato: nascita indesiderata
79	Spulciando qua e là
80	Organi collegiali

SOMMARIO



Laënnec René Théophile Hyacinthe – medico – inventore dello stetoscopio, nato a Quimper in Bretagna il 17 febbraio 1781 e morto a Kerlovanec in Bretagna il 13 luglio 1826. Cominciò gli studi a Nantes, assistente in un ospedale militare, frequentò la scuola di medicina a Parigi, dove si laureò nel 1804. Si specializzò in patologia e in anatomia patologica, nel 1812 divenne medico ospedaliero. Affetto da tubercolosi, spesso fu costretto ad abbandonare gli studi e l'attività. Ciò nonostante le sue opere lasciarono una traccia indelebile. I suoi studi nel campo dell'anatomia patologica, le sue osservazioni cliniche acutissime e soprattutto l'invenzione dello stetoscopio, strumento che rese possibile e facile la diagnosi delle malattie del cuore e dei polmoni, gli diedero una grandissima fama. Nel 1815 egli fece i primi esperimenti con un semplice tubo di legno del quale un capo venne appoggiato alla regione polmonare, l'altro all'orecchio del medico. Questo mezzo diagnostico "artigianale" fu modificato ed ebbe diffusione rapidissima aprendo un corso nuovo nella diagnostica delle malattie.

< Pubblicità >



SI RIPARTE: TUTTI ALLA STANGA

Terminata la breve pausa estiva, necessaria anche per riordinare un po' le idee, il nuovo Consiglio di Amministrazione è già all'opera sulla scia di un programma ben definito e chiaro negli obiettivi.

Il Consiglio, in parte rinnovato, e soprattutto ai neo amministratori va il nostro più sincero augurio di buon lavoro, ha davanti a sé cinque anni per affrontare alcuni nodi cruciali, propri del sistema previdenziale italiano, e pianificare le soluzioni più idonee a conferire all'ENPAM una sempre maggiore stabilità, prestigio e certezze per il futuro dei propri iscritti.

Il lavoro fatto negli anni passati ci ha permesso di raggiungere traguardi insperati. La fase di ricostruzione economica, finanziaria, morale è stata seguita da un fase di grande rilancio dell'Ente. I traguardi conseguiti sono sotto gli occhi di tutti, i riconoscimenti ottenuti al livello nazionale e internazionale sono lì a dimostrare l'impegno profuso da una squadra di ottimi amministratori, seri, preparati, onesti.

Non possiamo tuttavia attardarci nelle vesti di *laudatores temporis acti*: nuove sfide ci attendono. Sapremo affrontarle e vincerle a condizione che ognuno faccia, fino in fondo, la propria parte nell'unità vera, sostanziale, dell'intera categoria. Lo scenario economico e sociale di un'Italia che sembra arrancare in un'Europa già di per sé in difficoltà non è dei più tranquillizzanti. È probabile che alcuni capisaldi del nostro vivere civile e sociale, quale il Welfare, siano messi, in futuro e almeno parzialmente, in discussione, così come è possibile che le nostre riserve patrimoniali, frutto di tanti personali sacrifici, diventino l'oggetto del desiderio di qualche "disperato" Ministro dell'Economia. Alle difficoltà congiunturali, alle strategie di lungo termine che possono mettere a rischio il nostro Ente si risponde con una forte, compatta, salda unità. Allora: tutti alla stanga, senza fughe in avanti.



Mario Falconi eletto Vicepresidente vicario dell'Enpam fa un primo punto sulla situazione del nostro Ente che necessita di studi e aggiornamenti per poter stare al passo con i tempi non certo sereni per gli Enti previdenziali

Guardare al futuro

"Il principio da cui partire è chiarissimo ed è la solidarietà, che è sempre stata e sono certo sempre sarà, un valore fondamentale da tutelare e da arricchire"

di Mario Falconi (*)

Il primo articolo che scrivo per il giornale del nostro Ente, nella mia nuova veste di Vicepresidente Vicario, voglio aprirlo ringraziando, tutti coloro che non siedono più nell'attuale Consiglio di Amministrazione, con un pensiero particolare e affettuoso ad Angelo Pizzini, uomo di adamantina onestà e correttezza.

Pur avendo piena consapevolezza dei notevoli risultati raggiunti nel risanamento e nel rilancio del nostro Ente previdenziale soprattutto negli ultimi dieci anni, ritengo che importanti margini di miglioramento possano e debbano essere conseguiti nell'interesse primario di tutti i medici italiani.

Il principio da cui partire è chiarissimo ed è la solidarietà, che è sempre stata e sono certo sempre sarà, un valore fondamentale da tutelare e da arricchire.

Un'idea di solidarietà che non è solo attenzione verso i più deboli,

ma che si fonda sulla convinzione che ciascuno di noi è più forte quando si unisce agli altri, quando affronta i suoi problemi non in modo isolato, ma cercando soluzioni collettive e condivise.

D'altra parte l'Istituto di previdenza nasce proprio per questo, perché ciascuno contribuisca e tutti possano poi guardare al futuro con più serenità.

Molte sarebbero le motivazioni a sostegno della obbligatorietà di

contribuzione per tutti i medici e odontoiatri italiani. Voglio citare soltanto quello che apparentemente potrebbe sembrare il più irrilevante e che troppo spesso non viene considerato: qualun-

que medico e odontoiatra già al momento dell'iscrizione acquisisce il diritto per se o per gli eredi a carico, nel malaugurato caso di premorienza o invalidità permanente ed in assenza di altre coperture, ad un trattamento pensionistico complessivo annuo mi-

nimo pari per l'anno 2005 a euro 12.641,89 indicizzati annualmente nella misura del 100% dell'indice ISTAT. Se il criterio è chiaro, i modi devono però essere continuamente aggiornati.

Innanzitutto occorrerà rimettere mano allo Statuto, progettato a suo tempo con il contributo determinante di Mario Boni, ma poi annullato negli anni a colpi di ricorsi. Per non intaccare, anzi rilanciare la solidarietà fra tutti i medici, bisognerà operare per fare in modo che il nuovo Statuto, confermi l'importante ruolo degli Ordini professionali, attribuendo nel contempo un maggiore peso alle categorie mediche che hanno

l'Enpam quale unico Ente previdenziale.

E già che ci siamo, affrontiamo le note dolenti riguardanti le quote di contribuzione. Credo che oggi le differenze tra le varie categorie mediche siano troppo stridenti, infatti l'area della medici-

**Occorre
rimettere
mano allo
Statuto
per necessari
cambiamenti**

**Affrontare
le
note dolenti
delle
quote di
contribuzione**

"Nostro compito: migliorare l'accoglienza, investire in formazione permanente e nella comunicazione"

na generale, nonostante gli incrementi stabiliti nell'ultimo accordo collettivo nazionale, è oggi ad una percentuale di contribuzione ancora troppo bassa. Se è corretto reclamare diritti bisogna mettersi in gioco lealmente e livellare



mentichiamo mai, neppure per un istante, che il nostro Ente, economicamente solido, rischia sempre, come per altro già avvenuto in passato, di solleticare strani "appetiti" da parte di Governi a caccia di "liquidità". Occorrerà

con maggiore serenità



verso l'alto i contributi di tutti, ma in particolare della medicina generale.

Ciò è necessario non solo per rafforzare l'Ente, anche in vista della temuta "gobba" prevista per i prossimi anni, nella quale moltissimi medici di medicina generale andranno in pensione in un ristretto arco temporale, ma anche per fare in modo che le pensioni siano per tutti realmente dignitose.

La tenuta dell'Ente richiede anche una più attenta gestione del suo vasto patrimonio, superando alcuni schemi mentali ormai datati.

Ci siamo liberati da tempo dal pensare che l'unico investimento "sicuro" fosse il mattone (che poi dà una rendita "fresca" bassina); si è già operato e si sta ancora operando per dismettere quei "mattoni" improduttivi alcuni dei quali furono acquistati, per fortuna nel passato remoto, non certo nell'interesse del nostro Ente e di noi medici azionisti.

Il Consiglio di Amministrazione presieduto da Eolo Parodi assicura a tutti noi un migliore futuro previdenziale

Abbiamo negli ultimi anni cominciato a fare importanti investimenti mobiliari, a rischio molto vicino allo zero, ottenendo importanti risultati. Ma per un grande Ente quale l'Enpam è nello scenario italiano, e perché no Europeo, bisogna pensare sempre più in grande, per esempio acquisendo pacchetti azionari di solide compagnie di assicurazione, al fine di conseguire non solo profitti economici, ma anche "servizi" e "potere". Non di-

migliorare "l'accoglienza"; un'azienda viene pesata sulla base della qualità e tempestività delle risposte di tutto il personale a partire dai centralinisti o dagli addetti alla reception. Bisognerà, pertanto, investire in formazione permanente e sviluppare una seria politica di comunicazione se si vogliono avere degli "azionisti" più fidelizzati e soprattutto sconfiggere quella diffusa ignoranza sui temi previdenziali, che arriva anche a "partorire" idee false e qualunquistiche quali quella che per la previdenza assicurata dal nostro Ente, si versa molto e si riceve poco.

La solidità e stabilità del nostro Ente, unita alla voglia di continui ulteriori miglioramenti, che sono certo permeerà tutti i membri del Consiglio di Amministrazione, a partire dal nostro Presidente Eolo Parodi, ci possono far realisticamente prevedere un futuro "previdenziale" migliore e più sereno. ■

(*) Vicepresidente vicario Enpam

Inserite nel testo regolamentare

Fondo Specialisti Esterni: nuove disposizioni di legge

Sono quelle relative all'articolo 1, commi 39 e 40, della legge 23 agosto 2004 numero 243

di Ernesto Del Sordo ()*

Il comma 39 dispone testualmente: "Le società professionali mediche ed odontoiatriche, in qualunque forma costituite, e le società di capitali, operanti in regime di accreditamento col Servizio sanitario nazionale, versano, a valere in conto entrata del Fondo di previdenza a favore degli specialisti esterni dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza medici (ENPAM), un contributo pari al 2 per cento del fatturato annuo attinente

Percentuale contributiva di spettanza individuale

a prestazioni specialistiche rese nei confronti del Servizio sanitario nazionale e delle sue strutture operative, senza diritto di rivalsa sul Servizio sanitario nazionale. Le medesime società indicano i nominativi dei medici e degli odontoiatri che hanno partecipato alle attività di produzione del fatturato, attribuendo loro la percentuale contributiva di spettanza individuale."

Il comma 40 conferma "i vigenti obblighi contributivi relativi agli altri rapporti di accreditamento per i quali è previsto il versamento del contributo previdenziale ad opera del-

le singole regioni e province autonome, quali gli specialisti accreditati ad personam per la branca a prestazione o associazioni fra professionisti o società di persone."

L'emanazione della citata normativa, introducendo una nuova forma di contribuzione al Fondo degli Specialisti Esterni, ha determinato l'esigenza di recepire nel testo regolamentare le relative disposizioni.

Con delibera consiliare n° 19/2005 del 22 aprile u.s. sono state, perciò, apportate modificazioni agli artt. 1 e 2 del regolamento del Fondo intese a ridefinire la platea degli iscritti, a indicare la misura della nuova contribuzione nonché a ricomprendere la stessa tra le entrate contributive del Fondo.

In particolare, nel testo dell'art. 1, comma 2, tra gli iscritti al Fondo sono stati inclusi, oltre ai medici ed odontoiatri aventi rapporto professionale con gli Istituti del Servizio Sanitario Nazionale ed operanti nei propri studi professionali, anche quelli che partecipano alle associazioni fra professionisti ed alle società di persone operanti in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale (come confermato dall'art. 1, comma 40, della legge n. 243/2004), nonché quelli indicati dalle società professionali mediche ed odontoiatriche, in qualunque forma costituite, e

dalle società di capitali operanti in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale (art. 1, comma 39, della legge n. 243/2004).

Per quanto riguarda la misura dei contributi, è stato introdotto (al comma 3 dell'art. 1 del Regolamento) il riferimento alle disposizioni di cui all'art. 1, commi 39 e 40, della citata legge n. 243; al successivo comma 4, di nuova formulazione, è stato precisato che il

Modifiche per ridefinire la platea degli iscritti

contributo a carico delle società, conformemente al parere espresso del vigilante Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, è da calcolarsi sul fatturato delle stesse decurtato di una quota di abbattimento in ragione delle percentuali stabilite dai DD.PP.RR. 23 marzo 1988, nn. 119 e 120. Quanto alle modalità del relativo versamento le stesse saranno determinate con apposito provvedimento del Consiglio di Amministrazione.

All'art. 2 del Regolamento del Fondo, che elenca le entrate, infine, sono state apportate modificazioni intese a ricom-



prendere fra le entrate contributive i versamenti effettuati dalle società di cui all'art. 1, comma 39 della legge n. 243/2004.

L'iniziativa di che trattasi ha, peraltro, concretizzato solo un primo momento di una organica revisione del Regolamento del Fondo. Quanto prima, infatti, si dovrà procedere a definire il sistema delle prestazioni connesse all'introduzione della nuova forma di contribuzione a carico delle società.

Tale ulteriore intervento, tuttavia, potrà essere adottato solo dopo che, avuta contezza delle ef-

fettive entrate contributive, potranno essere elaborate le necessarie valutazioni tecnico-attuariali per la determinazione dei coefficienti di rendimento, che dovranno essere parametra-

Bisogna stabilire il sistema delle prestazioni

ti tenendo conto dell'imprescindibile esigenza di garantire la sostenibilità finanziaria a medio-

lungo termine della gestione. Poiché, peraltro, la disciplina della contribuzione al Fondo non è supportata al momento da una specifica regolamentazione dei profili sanzionatori connessi ad eventuali inadempienze contributive, a breve sarà necessario intervenire in materia avvalendosi della autonomia normativa riconosciuta all'Ente dal disposto di cui all'art. 4, comma 6 bis, del D.L. 28 marzo 1997 n. 79, come convertito dalla legge 28 maggio 1997 n. 140. ■

(*) *Vice Direttore
Generale Enpam*

I contributi dell'Enpam

Ex convenzionati alla dipendenza

I "transitati" possono stare tranquilli

Possono stare tranquilli i professionisti già convenzionati per la continuità assistenziale, l'emergenza territoriale e la medicina dei servizi, successivamente transitati a rapporto d'impiego: se hanno scelto, come consentito dalla legge, il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Enpam i loro contributi continueranno ad essere versati ai Fondi Speciali della Fondazione.

In verità, i medici e gli odontoiatri interessati erano stati messi in allarme da una circolare

dell'Inpdap, emanata all'inizio dell'estate (la n. 25 del 22 giugno 2005) che, in attesa degli opportuni chiarimenti richiesti al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, aveva contestato la legittimità del versamento contributivo all'Enpam e, nel contempo, aveva inopinatamente invitato gli enti interessati a versare la relativa contribuzione all'Istituto medesimo.

Per l'Inpdap l'opzione per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Enpam in favore dei professionisti transitati alla dipendenza, disposta dalla legge n. 448/1998 e dal D.Lgs. n. 254/2000, avrebbe avuto valore solo ai fini di una non meglio precisata "prestazione aggiuntiva" a carico del Fondo Speciale Enpam e non avrebbe riguardato "il trattamento di quiescenza da erogare agli stessi". La problematica è stata risolta alla fine di luglio nel corso di una riunione che, presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ha messo di fronte i vertici amministrativi dell'Enpam e dell'Inpdap. La Fondazione ha rappresentato che la tesi Inpdap era del tutto priva di fondamento giuridico in quanto la disposizione letterale della norma dà espressa facoltà agli interessati di continuare a mantenere la "posizione assicurativa già costituita presso l'Enpam" ed, in particolare, presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale e presso il Fondo degli Specialisti Ambulatoriali. In merito è stato, quindi, precisato che i predetti Fon-

di non erogano agli iscritti alcuna "prestazione aggiuntiva" bensì un vero e proprio "trattamento pensionistico".

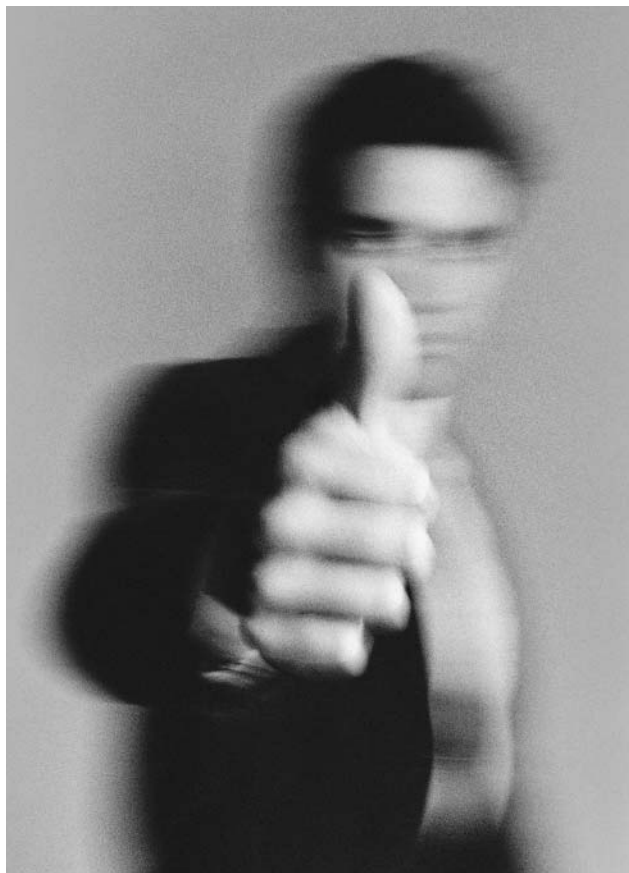
L'Enpam ha fatto, altresì, rilevare che -nel caso di specie- il legislatore, al fine di assicurare l'unicità della posizione previdenziale dei medici transitati alla dipendenza, ha inteso disporre una chiara e precisa deroga al principio di carattere generale secondo il quale compete all'Inpdap garantire la tutela previdenziale ai dipendenti del settore pubblico.

I rappresentanti del vigilante Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sulla base delle argomentazioni esposte dall'Enpam, non hanno potuto far altro che riconoscere l'infondatezza delle pretese avanzate dall'Inpdap ed hanno conseguentemente invitato l'Istituto medesimo ad emanare una nota di rettifica della propria precedente circolare.

Le Asl non dovranno quindi in alcun modo modificare il loro comportamento: in caso di opzione in favore dell'Enpam continueranno a versare alla Fondazione i contributi finalizzati all'erogazione del trattamento di quiescenza, così come all'Inpdap andranno i contributi per il TFR (o TFS) e per il Fondo Credito.

L'Ente di previdenza pubblico si è, infine, impegnato a porre tempestivamente in essere ogni utile procedura per il trasferimento all'Enpam delle contribuzioni fin qui erroneamente versate in suo favore dagli Enti interessati. ■

E. Del Sor.



< Pubblicità >

Proprio a ridosso delle ferie d'agosto, il ministero del Lavoro e delle Politiche sociali ha chiesto all'Enpam di fornire ogni utile osservazione di competenza su una proposta di legge concernente: "Modifica alla disciplina della contribuzione obbligatoria per i medici, i farmacisti e i veterinari con rapporto di lavoro dipendente, che non esercitano la professione, e per quelli senza rapporto di lavoro in atto" presentata il 26 novembre 2004 alla Camera dei Deputati (A.C. n.5460). L'Enpam ha subito presentato le proprie considerazioni motivando chiaramente la propria valutazione non favorevole. Il tema merita alcune considerazioni, dato che la proposta di legge concretizza un nuovo attacco alla stabilità della Fondazione ed alla solidarietà di categoria.



Siamo obbligati Si profilano alla nostra

di Alberto Oliveti (*)

L'equilibrio dell'Enpam, che di questa solidarietà fa il suo asse portante, è a rischio se dovesse venire interrotta la catena generazionale che lo sostiene.

IL CRITERIO ATTUALE

Il sistema, com'è noto, si basa sulla contribuzione obbligatoria di tutti gli iscritti agli Albi e sulla gestione a ripartizione dei contributi tra generazioni successive di contribuenti per erogare prestazioni che non sono solo pensioni - ora a differenza del passato sempre commisurate ai contributi versati - ma sono anche assistenza solidaristica a chi si trovi in condizioni di bisogno. Va da sé che il carico di questo patto di solidarietà generazionale per essere sostenibile debba necessariamente coinvolgere tutti gli iscritti agli Albi, con le opportune modulazioni perequative previste sia per i primi anni di iscrizione che per i momenti di assenza di rapporto di lavoro. Se le tipologie di contribuenti oggetto della proposta di legge si sottraessero a tal obbligo contributivo utilizzando lo strumento dell'adesione facoltativa, come sarebbe garantito agli attuali pensionati ed ai loro familiari il legittimo diritto del pagamento delle pensioni e dell'assistenza in corso? Il Fondo Generale dell'Enpam rischierebbe l'implosione per squilibrio finanziario, con tanti saluti al concetto solidaristico dell'articolo 38 della Costituzione che è chiamato ad applicare.

- e tra essi ben rappresentati gli ex dipendenti - coloro che attualmente riscuotono sotto forma di prestazione pensionistica o assistenziale il frutto della contribuzione degli iscritti agli Albi, in nome di quelle "superiori esigenze di solidarietà sociale" (sentenza n.707/88 Corte Costituzionale) che legittimano tale versamento previdenziale in una "struttura di tipo solidaristico [...] che giustifica l'onere di contribuzione a carico di tutti gli appartenenti all'ordine professionale, ancorché dipendenti di un ente, in ragione del solo potenziale esercizio dell'attività professionale connesso con l'iscrizione all'albo" (sentenza n.88/95 Corte Costituzionale).

Le summenzionate sentenze della Corte Costituzionale per ora ci salvaguardano da rischi, ma la periodica reiterazione del tentativo di smentirle non ci consente di abbassare la guardia sulla questione.

Il fascino generico dell'essere liberi di scegliere ha senso nello specifico solo se esiste alla base una corretta percezione del rischio, promuovere la liberazione da uno pseudo paternalismo previdenziale quando ancora non c'è - per immaturità o per scarsa conoscenza - la consapevolezza dei propri bisogni ed una cultura di supporto all'autonomia delle scelte, può rivelarsi poi molto pericoloso proprio per coloro che dovrebbero essere beneficiati da tale libertà.

FORME DI TUTELA

Non va dimenticato che per ogni neo iscritto all'Ordine il Fondo Generale Enpam apre una posi-

LE SENTENZE

Perché, si badi bene, sono tanti

al gioco di squadra

nuovi attacchi Fondazione

zione previdenziale che lo tutela da subito con coperture importanti, come sussidi straordinari e continuativi, e con una pensione di invalidità e premorienza di entità minima di €12.641 annui fruibile anche senza contributi versati, poiché in Enpam non c'è il requisito minimo di cinque anni di iscrizione delle altre gestioni previdenziali pubbliche.

Inoltre, fatto non trascurabile, il Fondo garantisce la continuità di copertura a coloro che si trovino senza rapporto di lavoro in atto.

Si sente spesso manifestare da colleghi della dipendenza l'insofferenza a dover contribuire ad una sorta di doppia previdenza obbligatoria, Inpdap o Inps da un lato ed Enpam dall'altro.

Tal concetto - della doppia contribuzione - appare superato e non giustificato dalla ormai giuridicamente consolidata coincidenza dell'imponibile previdenziale con quello fiscale, per cui non vi può essere reddito fiscalmente rilevante che non sia sottoposto a contribuzione previdenziale obbligatoria.

In altre parole nessuna quota di reddito sfugge a tale prelievo.

DOPPIA CONTRIBUZIONE

Al Fondo Generale dell'Enpam afferiscono i contributi da redditi libero professionali, sia dei dipendenti che dei convenzionati, per cui anche il convenzionato è parimenti assoggettato a questa doppia contribuzione, ai Fondi Speciali per il reddito da convenzione ed al Fondo Generale per quello da libera professione.

Il problema, in prospettiva individuale, esiste per quel collega

che, dipendente o convenzionato che sia, reddito da libera professione non ne produce ed è costretto a versare una quota minima di contributo al Fondo Generale quota A in nome di un reddito libero professionale solo "virtuale".

È l'obbligo del gioco di squadra, sono le superiori esigenze di solidarietà collettiva a giustificare e vincolare tale obbligo contributivo minimo al solo presupposto del potenziale svolgimento dell'attività libero professionale.

Assistiamo quindi al pagamento reale di contributi che si originano da un reddito minimo virtuale, come prezzo da pagare alla solidarietà di categoria.

ACCANTONAMENTO FORZOSO

Va detto però che questo prezzo consiste soltanto in una sorta di accantonamento previdenziale forzoso, un differimento obbligato del reddito in senso previdenziale, non in una tassa a fondo perduto, dato che il sacrificio viene ben ricompensato con una rendita pensionistica doppia per ogni Euro versato rispetto a quella praticata dagli Enti Pubblici che gestiscono i redditi dei dipendenti.

Quindi, in nome della solidarietà, contribuzione minima obbligata indipendente dalla reale produzione del corrispondente reddito libero professionale minimo, ma ben remunerata in termini di prestazione pensionistica.

Ognuno può valutare da solo se valga la pena attentare all'equilibrio del sistema per una libertà che non è convenienza, o proseguire un gioco di squadra che

ci ha reso più forti e più coperti nella tutela delle fragilità, che per noi sono l'inizio della vita lavorativa, l'assenza di lavoro o l'impossibilità a lavorare.

A proposito della semplice convenienza sarebbe meglio controllare i conti dell'Inpdap dove la gestione ex- Cassa Pensione Sanitari fa da regolare compensazione positiva alle negatività di bilancio delle altre gestioni, senza peraltro acquisire corrispondenti quote di Patrimonio (che resta unico e tra l'altro sopravvalutato rispetto al mercato).

LE PRESTAZIONI INDIVIDUALI

In pratica a fronte di una consistente contribuzione per ogni iscritto (un terzo circa del proprio reddito!), a fronte di cospicui avanzi di gestione annuali, a fronte di un equilibrio di bilancio attuariale della gestione, le prestazioni individuali non migliorano, anzi sono assoggettate a tetti e limitazioni di cumulabilità.

Questo perché gli avanzi di gestione vanno alle altre gestioni in rosso, configurando se non una sorta di tassazione occulta sui contributi, almeno un eccesso di differimento previdenziale dei dipendenti medici, che difatti non hanno nemmeno un loro rappresentante negli organi di gestione.

Il progetto Enpam di casa comune del medico, ora che la Fondazione ha raggiunto una situazione patrimoniale florida e trasparente, potrebbe supportare legittimamente da parte del mondo della dipendenza medica la battaglia per ottenere come minimo una propria autonomia gestionale all'interno della Assicurazione Generale Obbligatoria.

Ma da certi comportamenti non si ricava l'impressione che l'Enpam venga da tutti considerata come una risorsa o come una opportunità di autonomia.

Per certo ogni tentativo di annullare l'obbligo contributivo è una picconata alla casa comune. ■

(*) *Consigliere di amministrazione Enpam*

Bambino-paziente: realtà complessa

Parla il professor Alberto Giovanni Ugazio. Piemontese di Novara, si è laureato a Pavia dove si è specializzato in pediatria, immunologia ed in allergologia clinica. Assistente universitario di clinica pediatrica, ha lavorato presso l'Istituto di immunologia dell'Università di Amsterdam. Vinta la cattedra di pediatria a Pavia si è trasferito prima a Brescia, come direttore della Clinica Pediatrica e della Scuola di Specializzazione in Pediatria, quindi a Roma come direttore del Dipartimento di medicina pediatrica dell'ospedale Bambino Gesù. Nipote di un violinista, nel tempo libero suona il pianoforte. Compositore preferito: Beethoven

di Carlo Ciocci

Professor Ugazio, perché medico dei bambini?

Quando decisi di studiare Medicina avevo ben presente che la finalità del medico è quella di sconfiggere la natura, perché la malattia è una fase naturale che può sopraggiungere in qualunque momento della vita di un individuo. Da questo punto di vista, ritenevo il bambino l'obiettivo principe, in quanto viviamo la sua sofferenza – come hanno scritto diversi filosofi – alla stregua di uno scandalo. Soffre, non sa perché deve soffrire e noi stessi non siamo in grado di dare

una spiegazione alla domanda. A parte questa considerazione, fu per me illuminante anche l'incontro con il professor Burgio che è stato senza dubbio uno dei grandi pediatri europei.

Come si instaura il rapporto con il bambino?

Il pediatra, per ovvi motivi, ha di fronte a sé il piccolo paziente, ma anche la sua famiglia. E se instaura un buon rapporto con i genitori di conseguenza sarà più facile comunicare con il bambino. Si tratta di equilibri molto delicati che possono trovare ostacoli anche a causa di episodi apparentemente di minore importanza. Ad esempio, è sufficiente che un genitore si innervosisca per i tempi di attesa della visita ed il bambino assorbe subito l'irritazione del genitore presentandosi mal disposto nei confronti del pediatra. Ovviamente, c'è quella che gli americani chiamano "chemistry": al bambino ed ai genitori, il pediatra può risultare immediatamente simpatico – e tutto diventa più facile – oppure istintivamente

antipatico, e allora le cose si complicano.

Ed in questi casi?

In questi casi dovrà subentrare la sensibilità e la professionalità del pediatra. Soprattutto la disponibilità ad ascoltare e a capire per poter aiutare.

Alcune strutture pediatriche si attrezzano con camici colorati. Addirittura ci sono ambulanze con giocattoli a bordo. Che cosa ne pensa?

Tutto può essere utile per rendere meno stressante la vita del bambino-paziente, anche se i bambini sono più intelligenti di quello che pensiamo e non si fanno ingannare facilmente. I "ritocchi" difficilmente funzionano appieno, nel senso che se il piccolo paziente si abitua al medico con il camice colorato lo individuerà per il futuro in quel modo. Quel che più conta è rendere gli ospedali all'avanguardia, cioè utilizzare tutto ciò che viene prodotto dalla scienza. I farmaci più efficaci ci permettono oggi di dimettere il bambino più rapidamente: il ricovero più accettabile, per il bambino, è



Oggi: il laboratorio molecolare

soprattutto quello che dura il meno possibile. Le faccio un altro esempio: per minimizzare il dolore anche quando è lieve usiamo le creme che si applicano prima di un'iniezione. Tutto il resto, come dicevo, può aiutare, ma non risolve il problema.

La gestione dell'assistenza non più per Divisioni, ma per intensità di cure, è il progetto per il futuro

È vero che l'ospedale Bambino Gesù registra una notevole richiesta di assistenza da parte di famiglie straniere?

C'è sicuramente stato negli ultimi anni un incremento di pazienti stranieri. L'Ospedale Bambino Gesù ha una lunga tradizione di accoglienza per i bambini che vengono dai Paesi più poveri. Ma con l'immigrazione, oggi il dato riguarda un po' tutti gli ospedali italiani. Uno straniero, ancor più se extracomunitario, tende a richiedere il ricovero del figlio assai più di quanto faccia il genitore italiano. A volte il ricovero nasce invece dalle obiettive difficoltà di comunicazione: si pensi al medico di pronto soccorso che ha a che fare con un bambino cinese i cui genitori non conoscono una parola di italiano. È evidente che il medico, in quella condizione, tenderà al ricovero per poter comprendere esattamente qual è il problema ed essere sicuro che il genitore comprenda la terapia che deve somministrare al figlio. Molto spesso, come nell'esempio che facevo, ci si trova di fronte a per-

sone che non solo non parlano l'italiano, ma neanche le lingue più o meno note come l'inglese ed il francese.

Come si risolvono questi problemi?

Nel nostro Ospedale è stato organizzato un efficiente servizio d'interpreti. Inoltre ci sono da noi colleghi di madre lingua araba, slava o africana che spesso ci vengono in aiuto. Il problema non è di poco conto, considerato che al Bambino Gesù di Roma i pazienti sono spesso originari dell'est europeo, dei Paesi asiatici, africani e del Medio-oriente.

Che cosa accade quando i bambini lasciano l'ospedale per far rientro ai Paesi di origine? Riuscite ugualmente a seguirli?

In alcuni casi sì. Quando ci troviamo di fronte a situazioni di particolare complessità ci attiviamo attraverso le Missioni presenti in Asia ed in Africa; infatti numerosi medici del nostro Ospedale partecipano ad iniziative missionarie e questo consente di continuare a seguire pazienti che in precedenza erano stati ricoverati a Roma.

Professore, una domanda su uno dei problemi tra i più dibattuti in questi tempi: l'obesità infantile. Qual è il ruolo del pediatra nell'educazione dei genitori?

L'obesità dei bambini è certamente un problema reale, una sorta di epidemia. La nostra è una società in cui, sino agli anni del dopo-guerra, per un vasto strato della popolazione il problema era procurarsi da mangiare. Nell'arco di poche decine di anni, con il così detto benessere, siamo passati al problema opposto e l'obesità ha finito per coinvolgere anche i bambini. In tale situazione il ruolo del pediatra può e deve essere importante. Quando il bambino è piccolo i genitori italiani, ancor di più i nonni, sono sempre preoccupati perché a loro dire il figlio non

cresce mai abbastanza. Molto spesso il pediatra, tabelle alla mano, si trova nella situazione di dover convincere il genitore che il suo bambino cresce normalmente. Ed a volte le rassicurazioni non bastano: i bambini vengono nutriti eccessivamente e, crescendo, si sono abituati ad una somministrazione esagerata di cibo. Il risultato può essere che a 6-7 anni insorge l'obesità, un fattore che una volta che si presenta è molto, molto difficile da contrastare.

Progetti per il futuro?

Stiamo lavorando al trasferimento in un nuovo edificio del Dipartimento di Medicina pediatrica. Ma, ciò che più interessa, è realizzare una nuova modalità di lavoro: la gestione dell'assistenza non più per Divisioni, ma per intensità di cure. In questo modo nel nuovo Dipartimento i bambini saranno ospitati in una struttura nella quale verranno accolti nella camera più adatta per curare la malattia che li ha condotti al ricovero (camera ad uno o due letti, dotata o meno di strumentazioni per la terapia semintensiva ecc.). Saranno gli specialisti a raggiungere i bambini che necessitano del loro intervento ed i pediatri generalisti assicureranno quell'integrazione e quello "sguardo d'insieme" ai problemi del bambino e della famiglia che è importante per la guarigione almeno quanto la disponibilità di strumentazioni diagnostiche e terapeutiche d'avanguardia. ■



leri: il laboratorio del 1920

Alberto Cairo, l'angelo silenzioso di Kabul

Secondo stime recenti ogni 22 minuti una persona rimane vittima di una mina anti-uomo. 90% sono civili, di cui il 20% bambini. Ogni giorno qualche angolano, iracheno, cambogiano e soprattutto afgano perde la vita

di **Andrea Sermoniti**

È l'Afghanistan uno dei paesi con il più alto numero di sopravvissuti che vivono con un handicap – si parla di oltre un milione di persone – e un quarto di questi (ben 250mila) sono vittime delle famigerate 'mine antiuomo'. E il numero continua ancora oggi a crescere di circa 40 unità al mese, almeno ufficialmente, anche se negli ultimi anni si sono contati anche tre o quattrocento interventi al mese, su persone e bambini straziati dalle deflagrazioni. C'è un italiano che da oltre 15 vive e lavora in silenzio nell'ospedale ortopedico di Kabul, dove è responsabile del

'Progetto Ortopedico' del Comitato Internazionale della Croce Rossa. Si chiama Alberto Cairo, nato una cinquantina di anni fa a Ceva, in provincia di Cuneo, dove ha abbandonato la carriera di avvocato per diventare fisioterapista proprio nella Croce Rossa Internazionale. Dopo un'esperienza umanitaria come volontario in Sudan è

**Ex avvocato
fisioterapista in 15
anni ha ricostruito
braccia, mani e
gambe a decine di
migliaia di vittime
innocenti delle
mine anti-uomo**

andato, su richiesta della CRI, a dirigere il laboratorio di Kabul dove si producono gli arti artificiali – gambe e braccia personalizzati e numerati – che vengono adattati al fisico di chi dovrà poi indossarli per vivere in maniera più dignitosa. Un centro nel quale lavorano a turno 160 dipendenti (su un totale di oltre 350 in tutto il paese, di cui 45 donne), uomini e donne afgani legati da una particolarità: sono tutti ex pazienti portatori di handicap. Uomo schivo e concreto, è da sempre al centro di interviste – addirittura soggetto di film, come quello di O'Rourke presentato e premiato il mese scorso a Locarno – risponde ai tanti giornalisti che negli anni lo hanno intervistato che "in lui la disperazione che prende nel vedere tanta gente soffrire viene immediatamente scalzata dal

realismo dell'aiutare chi ha bisogno: quando vedo uno senza gambe arrivare da noi ho imparato a non pensare 'poveretto' ma a calcolare rapidamente quanti giorni serviranno per rimetterlo in piedi". Ecco come.

IL LABORATORIO

La visita del laboratorio è piuttosto 'toccante', perché molti operai, soprattutto quelli senza le gambe, sono letteralmente appoggiati sui vari banchi – quello del tornio piuttosto che alla fonderia della plastica – e a fine turno 'recuperano' la carrozzella per tornare a casa. C'è poi un settore dedicato al recupero e al riciclaggio di materiali come camere d'aria e copertoni d'auto, che una volta fusi vengono modellati e ricoperti di fogli di plastica rosa e morbida, per rassomigliare alla carne. In un altro reparto, poi, le fisioterapiste fanno esercitare i pazienti per insegnare loro ad usare una mano artificiale piuttosto che a camminare con la protesì o a manovrare la carrozzina, ma anche a far esercitare pazienti sdraiati sui lettini perché colpiti da malformazioni più gravi, alla spina dorsale.

IL 'PROGETTO' CROCE ROSSA

In Afghanistan sono stati installati già sei laboratori – il coordinamento è affidato a Cairo ma sono diretti da altrettanti operatori internazionali inviati dal-



Foto di Guido Morozzi

la 'centrale' CRI di Ginevra – che hanno già soccorso oltre 70mila pazienti, il 70 % dei quali amputati a causa delle mine. In questi centri si fabbricano tutori, scarpe ortopediche, sedie a rotelle, carrozzine e stampelle e sono state effettuate oltre 500mila sedute di fisioterapia. E da quasi 10 anni è attivo anche un programma 'Home care teams' per la riabilitazione dei paraplegici che non possono muoversi: oltre 3mila visite domiciliari annue nella sola Kabul, per soccorrere centinaia di persone. L'aiuto del governo Afgano è, infatti, irrisorio: la pensione di disabilità equivale a poco più di 5 euro al mese!

TRISTEZZA, NON DEPRESSIONE

Un dramma che provocherebbe crisi psicologiche su chiunque. "Ma non sugli afgani – spiega Cairo – gente 'tosta' che non conosce la depressione. Certo hanno bisogno di fiducia: la prima cosa che ci chiedono i nostri pazienti è di lavorare". Ma come conferma Cairo la situazione "è peggiore per le donne, che non trovando più marito a causa della loro menomazione quando perdono il sostegno della famiglia sono destinate a stare molto male. E non sono rari i suicidi". Non ci sono alternative: o le donne si sposano o nessuno penserà al loro sostentamento e la fine è quella di mendicare. Ecco perché molte donne, in queste condizioni, scelgono una morte atroce: si danno fuoco. "Ma noi cerchiamo di aiutarle in ogni modo – aggiunge Cairo – anche con il ricorso ad una sorta di microcredito, senza interessi, perché la gente possa avviare piccole attività commerciali". Alcune donne, che qui non lavorano fuori casa, hanno provato a comperare galline e capre che però morivano molto presto per le frequenti epidemie. Allora abbiamo provato, con più successo, ad avviarle ad attività quali la sartoria o il lavoro artigianale. ■

Quando le mine sembrano ... giocattoli

Oltre alle varie mine - anche italiane - vi sono le famigerate PFM-1 di fabbricazione russa, i cosiddetti 'pappagalli verdi'. In Afghanistan i sovietici ne lanciavano a migliaia dagli elicotteri; grazie alle 'ali' di cui sono dotate, queste mine anziché cadere a grappolo in un unico punto si disperdevano come volantini su un'ampia superficie. I militari sovietici affermano che quelle mine sono fatte in quel modo per sole ragioni tecniche e non per assomigliare a un giocattolo. Cioè, precisano indignati i progettisti, non sono fatte 'apposta' per attirare i bambini. Però li attirano. E i bambini se le portano a casa, se le scambiano come fossero figurine, finché sulle 'ali' viene esercitata un po' di pressione e si verifica l'esplosione.

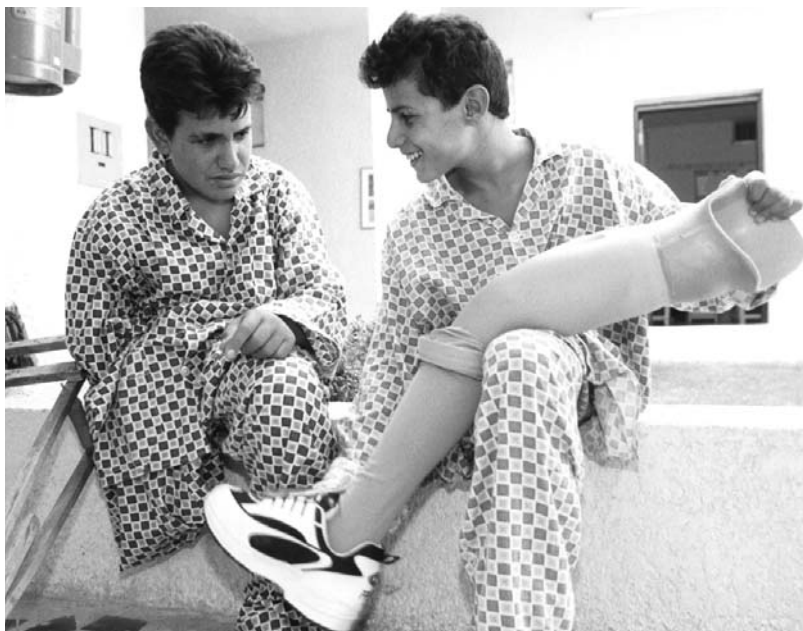


Foto di Michele Cazzani

Chi e come si entra nella CRI

Per entrare nella Croce Rossa Internazionale è sufficiente presentare una domanda e inviare un curriculum e una lettera di accompagnamento del paese di appartenenza, specificando in quale paese si vorrebbe operare. "Si viene poi chiamati per un colloquio e, in presenza dei requisiti richiesti, iniziano i corsi di formazione, poi i tirocini e gli affiancamenti. Servono però capacità di relazioni interpersonali per integrarsi con i colleghi di altri paesi e, non meno importante, conoscere le lingue. Questi i profili professionali più richiesti: medico-chirurgico e infermieristico in primis, seguiti da quello riabilitativo e quello preventivo. A seguire ingegneri e geometri impegnati nella ricostruzione dei territori martoriati (strade e acquedotti, ponti e linee telefoniche) oltre alle competenze economiche e organizzative necessarie per la logistica. Ma anche autisti e, perché no, esperti nell'assemblaggio delle protesi! Ma, come ha sottolineato Cairo "la figura professionale più richiesta in assoluto è il delegato che opera nelle carceri: visita i detenuti, controlla le condizioni igieniche e di salute, verifica lo stato delle prigionie e se i diritti umani vengono rispettati. E poi riferisce all'Onu e denuncia gli eventuali soprusi".

I compiti delle commissioni mediche **Vari e precisi diritti per i portatori di handicap**

La complessa normativa che riguarda anche i parenti che prestano assistenza. Dalla legge 104 del '92 alla 53 del 2000

di Marco Perelli Ercolini (*)

Il portatore di handicap (con un grado di invalidità superiore ai due terzi o con minorazioni iscritte alle categorie prima, seconda e terza della tabella A, annessa alla legge 10 agosto 1950, n. 648) ha diritto in base all'articolo 21 della legge n. 104/92 di scegliere prioritariamente tra le sedi disponibili.

Inoltre non è consentito il suo trasferimento d'ufficio senza il consenso.

La legge 104/92, riassorbita nel decreto legislativo 151/01, prevede inoltre ulteriori agevolazioni.

In particolare, l'articolo 33 della legge n. 104/92 prevede il prolungamento fino a tre anni del periodo di astensione facoltativa dal lavoro della madre o del padre, anche adottivi, del mino-

re con handicap in situazione di gravità, a condizione che il bambino non sia ricoverato presso Istituti specializzati. In alternativa al prolungamento dell'astensione, i genitori possono chiedere al datore di lavoro di usufruire di due ore di permesso giornaliero retribuito fino al compimento del terzo anno di età.

Successivamente al compimento del terzo anno di età i genitori, anche adottivi, di minore con handicap in situazione di gravità (nonché colui che assiste una persona con handicap in situazione di gravità: parente o affine entro il terzo grado) hanno diritto a tre giorni di permesso mensile, sempre a condizione che la persona con handicap non sia ricoverata a tempo pieno.

In più, il genitore o il familiare lavoratore che assiste con continuità un parente o affine (entro il terzo grado) portatore di handicap in situazione di gravità ha diritto di scegliere, se possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso (per il medico dipendente, il diritto di scegliere sussiste solo nell'ambito della stessa amministrazione che abbia la disponibi-

lità del posto corrispondente al profilo professionale posseduto dall'interessato e non tra enti diversi; tale diritto, pertanto, non può essere invocato per ottenere il trasferimento da una A.S.L./A.O. ad un'altra A.S.L./A.O. seppur della stessa Regione in quanto le aziende sanitarie sono persone giuridiche autonome e le loro "sedi di lavoro" sono le strutture operative da esse dipendenti).

L'articolo 4 comma 2 della legge 53/2000 (l'articolo 3 comma 106 della legge Finanziaria 2004 ha tolto il limite dei 5 anni dall'accertamento) prevede la possibilità per i genitori, alternativamente, in caso di assistenza ad un figlio con grave handicap, certificato dalle strutture sanitarie pubbliche, di usufruire anche di un periodo di congedo, continuativo o frazionato, non superiore ai due anni.

La sentenza n. 233 del 16.06.2005 della Corte costituzionale ha stabilito che anche i fratelli e le sorelle delle persone con gravi handicap possono accedere al congedo straordinario retribuito quando i genitori, sia pure viventi, non sono in grado di accudire il figlio handicappato perché essi stessi totalmente inabili.

Ricordiamo che la legge 68/99, che tutela il diritto al lavoro dei disabili, prevede l'accantonamento di un certo numero di posti in organico da destinare alla assunzione degli invalidi civili con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento.



L'accertamento dello stato di handicap viene effettuato dalla Commissione Medica ASL degli Invalidi Civili (Legge 15 ottobre 1990 n. 295), integrata da un operatore sociale e da un esperto, previa domanda sull'apposito modello da ritirare presso l'Ufficio Invalidi Civili.

Durante la visita medica è possibile farsi assistere da un medico di fidu-

cia che però non ha nessun potere decisionale in merito alla valutazione della Commissione.

Alla domanda deve essere allegato un certificato medico che attesti le patologie invalidanti.

Per motivi di natura sanitaria può essere richiesta la visita domiciliare mediante certificato del medico curante attestante il rischio o il peri-

colo per sé e per gli altri che lo spostamento comporta.

Contro il parere espresso dalla Commissione A.S.L. è ammesso ricorso (amministrativo) entro 60 giorni dalla notifica del verbale o giurisdizionale (si propone al Tribunale, in funzione di Giudice del Lavoro). ■

(*) *Consigliere di amministrazione Enpam*

BENEFICI CONNESSI AL RICONOSCIMENTO DELL'HANDICAP **legge 104/1992**

art. 10	servizio di aiuto personale diretto ai cittadini in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale
art. 10	realizzazione di comunità-alloggio e centri socio-riabilitativi per persone con handicap in situazione di gravità
art. 11	rimborsi delle spese sostenute per i soggiorni effettuati all'estero a scopo di cura
art. 12	diritto all'educazione e all'istruzione
artt. 13,14,15	diritto all'integrazione scolastica
artt. 17,1	inserimento della persona handicappata in corsi di formazione professionale ed avviamento al lavoro
art. 20	utilizzo di adeguati ausili tecnici e fruizione di eventuali tempi aggiuntivi nello svolgimento delle prove di esame nei concorsi pubblici
art. 22	abolizione, ai fini dell'assunzione al lavoro, della certificazione di sana e robusta costituzione fisica
art. 24	interventi di eliminazione o superamento delle barriere architettoniche
art. 25	accesso delle persone con handicap sensoriali a mezzi di informazione radio-televisiva e telefonica
art. 27	contribuzione, da parte delle A.S.L., alle spese necessarie a modificare i mezzi di trasporto individuali a favore dei titolari di patenti di guida A, B o C speciali, con incapacità motorie permanenti
art. 28	facilitazioni per il parcheggio dei veicoli delle persone handicappate

BENEFICI LAVORATIVI PER IL PORTATORE DI HANDICAP E PER I PARENTI **legge 104/1992**

art. 21	la persona handicappata, con un grado di invalidità superiore ai 2/3 o con minorazioni iscritte alle categorie prima, seconda e terza della Tab. A annessa alla legge 10 Agosto 1950, n. 648, assunta presso gli enti pubblici come vincitrice di concorso o ad altro titolo, ha diritto di scelta prioritaria tra le sedi disponibili; i soggetti di cui al comma 1, hanno la precedenza in sede di trasferimento a domanda
art. 33	comma 1... prolungamento fino a 3 anni del periodo di astensione facoltativa dal lavoro della madre o del padre, anche adottivi, del minore con handicap in situazione di gravità, a condizione che il bambino non sia ricoverato presso Istituti specializzati
art. 33	comma 2 ...in alternativa alla astensione facoltativa possono chiedere al datore di lavoro di usufruire di 2 ore di permesso giornaliero retribuito fino al compimento del 3° anno di età
art. 33	comma 3 ...successivamente al compimento del 3° anno di età i genitori, anche adottivi, di minore con handicap in situazione di gravità, nonché colui che assiste una persona con handicap in situazione di gravità (parente o affine entro il 3° grado) hanno diritto a 3 gg. di permesso mensile, a condizione che la persona con handicap non sia ricoverata a tempo pieno
art. 33	comma 5... Il genitore o il familiare lavoratore che assista con continuità un parente o affine entro il 3° grado handicappato in situazione di gravità, ha diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso
art. 33	comma 6... la persona handicappata maggiorenne, in situazione di gravità, oltre ai permessi di cui ai commi 2 e 3, ha diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferita in altra sede senza il suo consenso
art. 33	comma 7... gli stessi diritti del comma 6 sono riservati agli affidatari di persone handicappate in situazione di gravità

A partire dallo scorso settembre

Casellario pensioni e nuova tassazione

Gli importi netti non hanno subito grosse variazioni perché molte "posizioni" sono state precedentemente sanate

di Giovanni Vezza (*)

Puntualissimi anche quest'anno alla fine del mese di giugno sono pervenuti gli elaborati provenienti dal Casellario centrale delle pensioni. Sono stati quindi rideterminati gli importi dei prelievi fiscali applicati su tutte le pensioni erogate dagli Enti previdenziali obbligatori, fra cui l'Inps, l'Inpdap, ed anche l'Enpam.

Alla fine del mese di febbraio, com'è noto, il Casellario riceve dagli Enti le informazioni relative all'importo delle pensioni in godimento da parte degli iscritti; in presenza di più trattamenti pensionistici erogati da Istituti diversi in favore dello stesso soggetto, mette insieme tutti gli importi, determina l'imposta

corretta, la ripartisce proporzionalmente all'entità di ciascuna pensione e comunica i dati agli Enti interessati per l'effettuazione del definitivo prelievo.

Quest'anno, in linea di massima, gli importi netti delle pensioni non hanno subito grosse variazioni, poiché l'elaborazione provvisoria del Casellario, ef-

fettuata all'inizio dell'anno in occasione dell'entrata in vigore delle modifiche della normativa fiscale, aveva già consentito di sanare molte posizioni.

La nuova tassazione è stata applicata a partire dalla mensilità di settembre 2005. In sostanza, quindi, a settembre alcuni pensionati hanno visto crescere l'importo netto della pensione, per altri è diminuito, per altri ancora è restato sostanzialmente invariato.

Il ricalcolo delle tasse ha comportato, a seconda delle indicazioni del Casellario, l'applicazione di un conguaglio a debito o a credito, derivante rispettivamente dalle minori o maggiori ritenute fiscali applicate sulla pensione nel periodo intercorrente fra il 1° gennaio 2005 ed il 31 agosto 2005.

In caso di conguagli comportanti trattenute inferiori all'importo di 20 euro l'operazione si è compiuta interamente con la mensilità di settembre. Per i debiti d'imposta più rilevanti la Fondazione, al fine di contenere al

massimo i disagi degli interessati, applicherà una ampia rateizzazione del prelievo degli importi dovuti.

In dettaglio, per 1075 pensionati è stato calcolato un debito d'imposta compreso fra 20 e 80 euro che sarà saldato con 4 trattenute di pari importo sui ratei di pensione da settembre a dicembre 2005, come illustrato loro in un'apposita nota.

Per i soggetti con debito superiore agli 80 euro e per quanti - se la trattenuta fosse stata operata in unica soluzione - avrebbero vista azzerata la loro pensione, il piano di rateazione sarà ancora più lungo e arriverà a 6 mensilità (fino a febbraio 2006). Si tratta di 2221 pensionati che hanno ricevuto anch'essi specifica comunicazione. ■

(*) Dirigente Enpam



Il 30 novembre scadono i termini

Attenti all'ICI

La Finanziaria 2005 stabilisce che i Comuni richiedano ai proprietari di immobili non iscritti in catasto o "non in regola" la presentazione di iscrizione e di pagamento

La Legge Finanziaria per l'anno 2005 ha previsto al comma 336 dell'articolo 1 che in presenza di immobili non iscritti in catasto o immobili per i quali le categorie e le classi catastali non siano adeguate rispetto alla reale situazione di fatto, i Comuni richiedano ai proprietari la presentazione di iscrizione o di aggiornamento.

Importanza degli archivi edilizi comunali

Ciò comporta l'obbligo di pagamento della differenza ICI conseguente all'aumento della base imponibile (maggior valore dell'immobile). Questa differenza può essere richiesta con effetto retroattivo a decorrere dal 1 gennaio dell'anno successivo alla data in cui riferire la mancata denuncia catastale con le relative sanzioni ed interessi.

Le unità immobiliari oggetto di rideterminazione della rendita verranno individuate dai Comuni sulla base della constatazione di idonei elementi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelli rinvenibili negli archivi edilizi comunali, nell'archivio delle licenze commerciali, ovvero nei verbali di accertamento di violazioni edili-

zie, nella cartografia tecnica, nelle immagini territoriali o tratti da ogni altra documentazione idonea allo scopo.

I Comuni notificheranno agli interessati, la richiesta di aggiornamento e qualora gli stessi non ottemperino a tale richiesta entro 90 giorni dalla notifica, gli uffici dell'Agenzia del Territorio procederanno d'ufficio alla variazione delle rendite catastali con oneri a carico del proprietario applicando le relative sanzioni.

Alcuni Comuni hanno introdotto, a favore dei proprietari di immobili nelle condizioni sopra indicate, la possibilità di regolarizzare le proprie posizioni senza l'applicazione di interessi e sanzioni. Tra questi Comuni, alcuni stanno inviando ai contribuenti che, da una prima analisi, potrebbero essere interessati a tale agevolazione, una lettera esplicativa della norma e della procedura i cui termini riassumiamo qui di seguito:

- entro il termine del 30 novembre 2005 deve essere presentato l'atto di aggiornamento catastale all'Agenzia del Territorio, avvalendosi della collaborazione di un tecnico abilitato (geometra, ingegnere, architetto, ecc)

- entro i 30 giorni successivi a tale presentazione, deve essere versata una somma pari alla differenza ICI dovuta dalla da-

ta di effettiva variazione per un massimo di 5 anni. Tale differenza deve essere calcolata secondo le aliquote e le eventuali agevolazioni spettanti nei singoli anni e non si applicano sanzione ed interessi.

entro 60 giorni dalla data di presentazione dell'atto di aggiornamento catastale all'Agenzia del Territorio, deve essere presentata la comunicazione ICI allegando copia del bollettino di pagamento.

Nel caso in cui, l'interessato non intenda usufruire della agevolazione sopra indicata, il Comune e l'Agenzia del Territorio si attiveranno ai sensi della Legge sopra citata, con la conseguenza che la differenza ICI riscontrata verrà richiesta retroattivamente a decorrere dal 1 gennaio dell'anno successivo alla data cui riferire la mancata denuncia catastale con l'applicazione di sanzioni ed inte-

Sanzioni ed interessi per un massimo di 10 anni

ressi per un massimo di dieci anni.

Riteniamo necessario che i proprietari di immobili nelle condizioni sopra riportate, anche se non avessero al momento ricevuto alcuna comunicazione, verifichino con il proprio tecnico di fiducia l'opportunità di procedere all'eventuale aggiornamento della rendita e, considerato le scadenze previste dai Comuni, consigliamo di procedere alla verifica di cui sopra al più presto onde permettere il puntuale svolgimento delle pratiche richieste da parte del tecnico di fiducia. ■

Studio Associato Giulietti Commercialisti - Genova
Tel. 010/312171-
fax 010/318212

Facilitate anche le indagini su banche dati

Biblioteca per tutti il CNR dà l'esempio

Oltre un milione tra volumi e periodici. Una struttura aperta ai ricercatori. La presenza dei medici è considerevole, compresi alcuni premi Nobel. Dal '91 è depositaria della Comunità Europea

di Carlo Ciocci

La biblioteca del Consiglio nazionale delle ricerche nasce nel 1927, quando all'istituto venne concesso il "deposito legale" per il materiale scientifico-tecnico in virtù del quale una copia di ogni pubblicazione del settore, stampata in Italia, deve essere trasmessa al CNR. Dall'originario e limitato nucleo di volumi, il patrimonio bibliografico di questa biblioteca ha superato oggi il milione di volumi (di cui 100mila libri di antiquariato scientifico) e le 10mila testate di periodici, di cui 3mila correnti, comprese le 200 della biblioteca Pallottino e le 120 della biblioteca Europea alle quali vanno ad aggiungersi più di 4.000 titoli di riviste consulta-

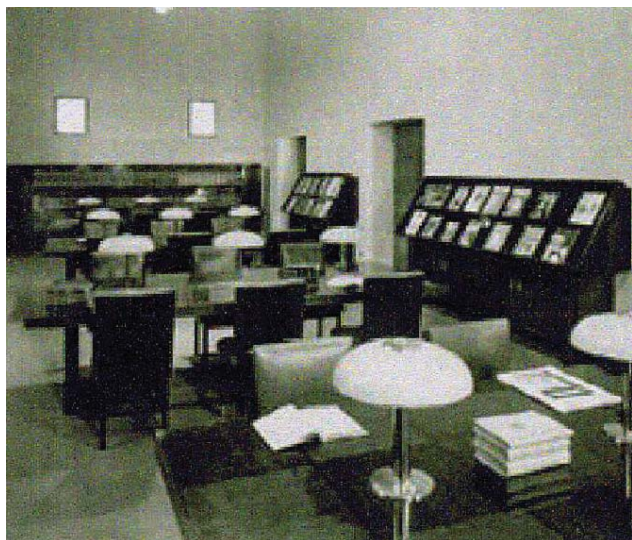
bili on-line ed oltre 100 tra repertori e banche-dati su cd-rom e online.

Essendo la biblioteca inserita in un'istituzione di ricerca, il personale della struttura ha prestato, sempre, particolare attenzione alle esigenze d'informazione dell'utenza; a tal proposito va ricordato che la biblioteca, che è "biblioteca speciale", pur nascendo quale supporto per i ricercatori e gli esperti del CNR è comunque aperta a tutti gli studiosi, anche esterni all'ente, docenti, ricercatori e studiosi universitari, dottorandi, laureandi e studenti universitari accreditati, dipendenti pubblici e liberi professionisti. A proposito degli studenti, un caso particolare è rappresentato da quelli provenienti dalla Facoltà di Medicina che ogni anno, in gran numero, si rivolgono alla biblioteca per la realizzazione delle ricerche bibliografiche necessarie alla preparazione della tesi ripercorrendo, in tal caso, il cammino già fatto durante la preparazione di esami particolarmente "vicini" all'attività bibliotecaria tra i quali, ad esempio, l'esame di "Inglese medico". Spesso è proprio presso la biblioteca del CNR che gli studiosi interessati apprendono le tecniche della ricerca documentaria informatizzata condotta con metodo scientifico attraverso chiavi sofisticate di interro-

gazione, quali tesauri e codici classificatori. Studenti a parte, la biblioteca del CNR registra una notevole utenza tra i medici. Tra gli "illustri" ci sono stati e ci sono i premi Nobel Rita Levi Montalcini e Renato Dulbecco ed alcuni tra i luminari della medicina tra i quali figurano nomi illustri dell'anatomopatologia, dell'ortopedia, della chirurgia, dell'oncologia, ecc.

Il materiale attinente la Medicina, che si può reperire presso il CNR, è ragguardevole ed è composto sia da documenti prodotti esternamente alla struttura, in Italia ed all'estero, sia da produzioni del CNR: un esempio di quest'ultima tipologia è la documentazione relativa alle ricerche sulla crescita neoplastica finanziate e svolte dall'ente.

Per venire incontro alle esigenze dei ricercatori che si trovano distanti dalla sede del CNR, i così detti "utenti remoti", è stato da tempo attivato un OPAC attraverso il quale è possibile consultare i cataloghi e informarsi sul materiale presente in biblioteca, fermo restando che per visionare i documenti d'interesse si dovrà necessariamente recare presso la sede del CNR. Qualora, poi, il volume o la pubblicazione non figurassero tra quanto posseduto, la struttura bibliotecaria è disponibile a svolgere ricerche di localizzazione dei documenti avvalendosi del-



Se un documento non è disponibile poco male: attraverso le banche-dati si arriva a reperire la pubblicazione che interessa

le più importanti banche dati, Opac, MetaOpac, cataloghi collettivi. Sempre a favore dell'utenza remota, inoltre, è stato da tempo attivato un servizio di document-delivery entro le 24 ore che viene erogato per lo stesso CNR e per biblioteche ed istituzioni convenzionate.



Va anche sottolineato che nel '91 la Comunità europea ha qualificato come "biblioteca depositaria della Comunità Europea" la struttura del CNR; di conseguenza ad essa pervengono tutte le pubblicazioni prodotte dalle istituzioni dell'Unione pubblicate dall'Ufficio delle Pubblicazioni Ufficiali dell'Unione Europea EUR-Op

(<http://publications.eu.int>).

Si tratta di pubblicazioni in massima parte su formato elettronico che vanno dagli atti ufficiali alle norme e comunque alle pubblicazioni inerenti le diverse attività di interesse comunitario. Una discreta parte di questo materiale è proprio di ambito sanitario o comunque ad esso attinente. ■

La fata dei bambini blu

Helene Taussig, pediatra, la donna che riuscì a correggere la stenosi della succlavia nei bambini. La prima paziente operata grazie alla sua tecnica - era il 22 novembre del '44 - aveva undici mesi di vita

di Luciano Sterpellone

Ancora negli anni 1940 morivano nel mondo migliaia di "bambini blu", così chiamati a causa delle malformazioni del cuore e dei grossi vasi che impedivano la normale ossigenazione del sangue.

Helene B. Taussig, pediatra dell'Università di Baltimora, aveva

allora passato da poco la quarantina (era nata a Cambridge, nel Massachusetts, nel 1898). Per prendere la laurea aveva dovuto faticare non poco perché all'inizio del secolo le porte dell'Harvard Medical School, dove voleva entrare, erano drasticamente chiuse alle donne (lo sarebbero rimaste sino al 1945!). Alla fine Helene si iscrisse alla più liberale Boston University, continuando poi gli studi alla prestigiosa Johns Hopkins University di Baltimora e laureandosi nel '27.

La neodottoressa si era subito addentrata nell'affascinante e allora poco esplorato campo delle cardiopatie congenite. E non si era mai rassegnata ad accettare il fatto che quei bambini fossero ineluttabilmente destinati a una vita così breve. Intraprese allora una serie di arditi esperimenti sull'animale per dimostrare che con particolari tecniche era possibile collegare tra loro vasi sanguigni

di diversa origine, in particolare del cuore e dei polmoni, e ristabilire in tal modo condizioni circolatorie normali laddove queste erano alterate.

Era riuscita in particolare a portare a buon fine un esperimento: reciso il punto in cui l'arteria succlavia di un cane era stenotica, aveva "abboccato" i due segmenti recisi, collegandoli poi tra loro creando così quella che in termini tecnici viene detta "anastomosi termino-terminale". In altre parole, aveva ristabilito la continuità dell'arteria e ripristinato in essa il libero flusso di sangue.

Questi esperimenti erano esplicitamente intesi ad accertare la possibilità di effettuare anastomosi simili anche nell'essere umano. La Taussig mirava in particolare a correggere la stenosi della succlavia in quei bambini ("blu") che nascono con questa malformazione congenita, o che presentano altre malformazioni vascolari a carico dei grossi vasi che circondano il cuore.

Com'è noto, in essi - a causa di tali malformazioni a livello del cuore e dei polmoni - il sangue venoso si mescola con quello arterioso (che quindi diviene blu scuro trasparendo dalla cute e dalle mucose); in altri casi l'ossigenazione del sangue è insufficiente.

UN'IDEA INGEGNOSA

Al Dipartimento di cardiologia pediatrica del Johns Hopkins Medical Collegedi Baltimora, la pediatra aveva fatto un'osservazione veramente originale: molti dei neonati con malformazio-



ni cardiache non muoiono a causa dell'insufficienza cardiaca provocata dalla malformazione congenita dei vasi sanguigni del cuore, ma a causa dell'insufficiente ossigenazione del sangue (ipossiemia); inoltre, in alcuni di essi le condizioni cliniche peggiorano non appena si oblitera - come avviene in ogni neonato anche normale - quel piccolo canalino (il dotto di Botallo) che nella vita fetale mette in comunicazione l'arteria polmonare con l'aorta.

La Taussig si era chiesta allora se impedendo al dotto di Botallo di obliterarsi, cioè mantenendolo "pervio", o ancor meglio creandone uno artificialmente, non fosse possibile impedire che le condizioni del bambino blu si aggravassero.

Tale ipotesi era stata verificata sperimentalmente nei cani, e tutto lasciava presumere che sarebbe stato possibile ottenere gli stessi buoni risultati anche nell'essere umano.

Luciano Sterpellone da questo numero scriverà per noi. Il suo è uno dei nomi più illustri e conosciuti della letteratura medica (è autore di oltre cento libri pubblicati dalle maggiori case editrici italiane e tradotti in decine di lingue). Collaboratore assiduo - per oltre 28 anni - della RAI e dei maggiori giornali italiani. Ha vinto il prestigioso premio Saint Vincent 2001 per la divulgazione medica. Luciano Sterpellone è patologo clinico. Accanto all'attività professionale si è sempre preoccupato di rendere accessibili a tutti i grandi temi della medicina, soprattutto quelli storici. Siamo onorati per questa collaborazione che ci riporta, nel tempo, alla nostra personale amicizia con il fratello Alfonso, grande giornalista "giramondo", maestro di verità purtroppo scomparso. Al prof. Luciano Sterpellone un affettuoso benvenuto.

G. Cris.

Ma ora il vero problema era: come sottoporre a un intervento così delicato un bambino molto piccolo, per lo più in condizioni fisiche precarie.

La Taussig si rivolse allora ad uno dei massimi chirurghi vascolari del tempo, Alfred Blalock, e riuscì a convincerlo ad operare uno dei suoi piccoli pazienti "blu", una bambina di soli 11 mesi, Eileen Saxon, che sopravviveva a stento sotto la tenda di ossigeno.

Lo storico intervento ebbe luogo il 22 novembre 1944. Con movimenti netti e sicuri, Blalock praticò un'anastomosi vascolare a livello dei grossi vasi intorno al cuore, impedendo al sangue venoso di mescolarsi ancora con quello arterioso. E già nel corso dell'operazione il colorito della piccola paziente cominciò a divenire più roseo.

Una volta certa della validità e della sicurezza del metodo da lei concepito, la Taussig propose a Blalock di operare un secondo caso di morbo blu, Barbara Rosenthal, una bambina di 12 anni. L'intervento, praticato il 3 febbraio dell'anno successivo, diede risultati addirittura superiori al primo. Un terzo bambino blu, operato dopo una settimana, guarì anch'egli rapidamente.

La via alla correzione chirurgica di molte malformazioni congenite del cuore era definitivamente aperta.

La notizia fece immediatamente il giro del mondo e cominciò un vero e proprio pellegrinaggio di "bambini blu" verso Baltimora.

Nel novembre 1945 gli operati erano già una cinquantina, e alla fine degli anni '50 ben 1.037. Nel 1949 gruppi violenti di antivitavizionisti misero in seria difficoltà la polizia di Baltimora manifestando contro gli esperimenti che venivano condotti alla Johns Hopkins University, impedendo agli addetti di accedere ai laboratori e ai fornitori di animali di effettuare le consegne. A porre fine alle manifestazioni ci pensò inaspettatamente pro-

prio Helene Taussig.

Si presentò ai dimostranti con un gruppetto di ex bambini blu da lei operati, ciascuno dei quali portava al guinzaglio un piccolo cane e in mano un cartello: *SENZA IL LORO SACRIFICIO NOI NON SAREMMO VIVI*.

Helene, colei che per i bambini blu era ormai diventata la "buona fata" che li aveva salvati, si occupò a fondo anche delle febbri reumatiche, dimostrando che l'aumento di volume del cuore che le complica sopravviene sia nel corso dei periodi di infezione attiva sia per il sovraccarico imposto al cuore da un danno vascolare.

LA TRAGEDIA DELLA TALIDOMIDE

Nel 1962 l'attiva pediatra si precipitò in Germania dove stava verificandosi un numero insolitamente elevato di malformazioni cardiache congenite in bambini nati da madri che usavano un nuovo farmaco, la talidomide. In breve riuscì a stabilire i rapporti di causa ed effetto tra il farmaco e le malformazioni congenite; e al suo ritorno negli Stati Uniti mise subito in guardia tutto il mondo medico dai potenziali pericoli comportati dall'uso di farmaci in generale durante la gestazione sul prodotto del concepimento. Da allora vennero varate ferree norme che regolano l'uso dei farmaci in gravidanza, norme che in pochi decenni hanno drasticamente ridot-

to il numero di malformazioni congenite dovute all'uso inconsulto di farmaci in questo periodo.

In riconoscimento dei suoi meriti, Helene Taussig è stata la prima donna a ricevere, nel 1959, la nomina di Full Professor alla Facoltà di Medicina della Johns Hopkins; le verrà anche assegnato il Freedom Award, la massima onorificenza conferita negli Stati Uniti ad un civile. Nel 1965 fu la prima donna a divenire presidente dell'American Heart Association. Ricevette anche -ironia della sorte!- la laurea ad honorem dalla Boston University, proprio da quell'istituzione che tanti anni prima le aveva rifiutato l'iscrizione alla facoltà di medicina perché donna.

Forse la fata dei bambini blu avrebbe potuto vivere ancora a lungo se -alla pur rispettabile età di 80 anni- un tragico incidente non le avesse stroncato bruscamente la vita: fu travolta da un'auto lanciata a tutta velocità mentre stava uscendo con la propria vettura da un posteggio vicino al luogo di lavoro. ■



Troppi e spesso inspiegabili i cavilli normativi

Adottare un bambino per donargli l'amore

Da venti anni a questa parte le richieste - da parte di coppie sterili e non - è andata crescendo, non trovando però in Italia un disponibile numero di minori in stato di abbandono. Le norme della Convenzione internazionale

di **Claudia Furlanetto**

L'idea che ogni bambino abbia il diritto ad avere una famiglia si collega con un'importante affermazione di principio: non è il concepimento a determinare il rapporto genitore-figlio, ma il vivere insieme in una crescente condivisione da cui nasce l'indissolubile vincolo di filiazione. Tale affermazione, sottintesa anche nell'adozione nazionale, assume un valore ancora più importante quando parliamo di accettazione e appartenenza al nucleo familiare di individui con profonde differenze etniche e culturali. L'adozione internazionale è l'affermazione della convinzione da parte dei potenziali genitori che, qualunque siano le origini, la storia, il colore della pelle, tutti i bambini sono uguali e hanno lo stesso diritto ad essere amati. Questa convin-

zione ed il diritto del bambino ad una famiglia sono i due elementi fondamentali che la legge deve considerare. Per questo gli Enti autorizzati desiderano che alle loro richieste corrispondano caratteristiche dei potenziali genitori che possano collimare con la situazione specifica del bambino che verrà adottato.

Di questa realtà, e della risoluzione di alcuni inspiegabili cavilli normativi (come la richiesta da parte delle autorità di ripetere l'iter dall'inizio anche a chi ha già adottato un minore ed ha intenzione di adottarne un altro) dovrà tenere conto il disegno di legge approvato dal Consiglio dei ministri nel marzo scorso, che si propone di riformare la legge 476 del 1998. Oggetto del disegno è soprattutto la modifica dell'iter burocratico: l'eliminazione delle procedure che spettano ai servizi sociali con conseguente valutazione del richiedente direttamente da parte del giudice minorile che deve esprimersi in 60 giorni, al posto dei sei mesi attuali; la scelta da parte dell'adottante dell'Ente a cui affidare la pratica entro quattro mesi dal pronunciamento del giudice e non entro un anno. Tra le novità più importanti che il disegno introduce bisogna sottolineare l'istituzione dell'affidamento internazionale, la possibilità cioè di

ospitare minori stranieri in difficoltà per due anni, rinnovabili di altri due per motivi di studio.

LA SITUAZIONE ATTUALE

Negli ultimi due decenni il numero di richieste di adozione da parte di coppie sterili e non è andato crescendo non trovando, però, uguale corrispondenza nel numero di minori italiani in stato di abbandono, disponibili per l'adozione. Il miglioramento delle condizioni socio-economiche ha avuto come conseguenza sia la riduzione del numero dei bambini abbandonati, sia il decremento demografico a cui è corrisposto l'aumento delle coppie che si rivolgono all'adozione internazionale. Nel periodo tra il novembre 2000 e il dicembre 2004, 10.538 sono state le autorizzazioni all'ingresso in Italia di bambini adottati, di cui 3398 solo nell'arco dello scorso anno. Al numero di richieste in aumento è corrisposta l'approvazione nel 1998 della nuova legge in materia, che introduce la normativa della Convenzione Internazionale dell'Aja e istituisce la Commissione per le adozioni internazionali (www.commissioneadozioni.it), organismo centrale di controllo e coordinamento.

La Commissione verifica la regolarità del procedimento di adozione internazionale, auto-





rezza e controlla gli Enti preposti, predispone accordi con i Paesi di provenienza dei minori e favorisce la collaborazione interistituzionale e tra istituzioni e privato cittadino.

LE PRATICHE

Chi vuole fare domanda per adottare un bambino straniero deve, innanzitutto, rivolgersi all'ufficio di cancelleria civile del Tribunale dei minori competente per territorio di residenza. È qui che deve inoltrare la dichiarazione di disponibilità all'adozione internazionale. Infatti, ai potenziali futuri genitori non è riconosciuto il diritto ad avere un bambino, ma solo la possibilità di esprimere la loro volontà all'adozione: è il diritto del bambino ad avere una famiglia che è tutelato dall'adozione e non il contrario.

Entro quattro mesi dalla presentazione della dichiarazione, gli Enti locali effettuano un'indagine sui richiedenti per valutarne la capacità di prendersi cura del minore, la situazione socio-economica, la storia personale e familiare. La relazione effettuata dai servizi territoriali è poi inviata al Tribunale che, entro due mesi dalla ricezione, deve emettere il "decreto di idoneità", attestante la sussistenza dei requisiti richiesti. I potenziali genitori devono poi rivolgersi obbligatoriamente, entro un anno dal rilascio del decreto, o alla Commissione per le adozioni internazionali o all'Ente autorizzato. Ha così inizio la procedura di adozione internazionale che prevede una serie di incontri volti ad informare i potenziali genitori sulla normativa dei Paesi coinvolti, e a prepararli, con l'aiuto di psi-

cologi ed esperti, all'importante ruolo di genitori adottivi. L'Ente autorizzato si fa carico, quindi, della procedura di adozione nel Paese straniero scelto, occupandosi delle pratiche e assistendo gli adottanti durante gli incontri con il bambino, che avvengono nel Paese di origine. La durata degli incontri varia da Paese a Paese a seconda della legislazione vi-

ottenere il decreto di idoneità, ad alcuni anni per arrivare alla conclusione della adozione, con evidenti ed elevati costi per la famiglia che voglia intraprenderne le pratiche. La necessità di una così complessa procedura trova spiegazione nelle problematiche inerenti l'adozione internazionale che riguardano non solo il rispetto delle leggi in materia, ma anche e soprattutto la

Adozione internazionale: novità legislative

Con l'ordinanza 347/05 del 27 luglio la Corte Costituzionale ha introdotto nella legislazione che regola l'adozione internazionale la deroga, già presente in caso di adozione nazionale, che legittima la richiesta di adozione anche da parte dei single. Il matrimonio non è più, quindi, requisito fondamentale.

La deroga prevista "in casi particolari" si verifica: quando la disponibilità all'adozione viene presentata da persone unite al minore da un vincolo di parentela fino al sesto grado o da un preesistente rapporto stabile e duraturo; quando il minore sia orfano di padre e di madre, oppure dal coniuge nel caso in cui il minore è figlio anche adottivo dell'altro coniuge; quando il minore si trova in condizioni di handicap accertato e quando vi è la constatata impossibilità di affidamento preadottivo. In tutti questi casi, ad eccezione della domanda di adozione presentata dal coniuge nei confronti del figlio anche adottivo dell'altro coniuge, l'adozione è consentita anche a chi non è coniugato.

L'età rimane invece un requisito essenziale, stabilendo una differenza minima tra adottante e adottato di 18 anni e massima di 45 anni.

gente. Una volta accertata la compatibilità e verificata la conformità dell'adozione alla Convenzione dell'Aja, il bambino è autorizzato ad uscire dal Paese di origine ed ad entrare in Italia. Infine, trascorso il periodo di affidamento preadottivo, durante il quale il nuovo nucleo familiare viene sottoposto a periodici controlli, la procedura si conclude con la trascrizione, da parte del Tribunale dei minori, del provvedimento di adozione nei registri dello stato civile: il bambino diventa definitivamente cittadino italiano. La procedura, complessa e articolata, copre un esteso arco di tempo che va dai sei mesi, per

tutela futura del bambino adottato. È necessario pensare non solo all'evidente vantaggio del bambino nell'allontanamento da una condizione di povertà e degrado, ma anche prestare attenzione ai problemi psico-affettivi che ne conseguono. Le famiglie adottive devono essere in grado di affrontare la relazione con un minore che ha un'identità storica diversa dalla loro, un bambino che spesso si trova in una situazione di fragile equilibrio psichico dovuto alle vicissitudini passate e alla perdita della sua famiglia e storia di origine, con evidenti conseguenze nel processo di inserimento nel nuovo nucleo familiare. ■

Anche questo mese pubblichiamo brani attinti dalle pagine dei bollettini degli Ordini. L'intento è quello di recuperare notizie interessanti di carattere generale. Vorremmo diventare un *trait-d'union* per colleghi che operano in province lontane tra di loro. Saremo orgogliosi se riuscissimo a facilitare questi "incontri ravvicinati".

Lucca

Obbligo tenuta registro di rifiuti pericolosi per studi medico-dentistici

La Commissione Nazionale Odontoiatri è intervenuta con nota indirizzata ai ministeri dell'Ambiente e della Salute, per chiedere chiarimenti in ordine all'eventuale vigenza ed immediata applicabilità dell'Ordinanza della Corte di Giustizia UE del 28 settembre 2004, causa C-115/03, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale dell'UE il 18 dicembre 2004.

Tale ordinanza sembra ripristinare anche per gli studi medico-dentistici, l'obbligo di tenere un registro di rifiuti pericolosi, ai sensi dell'art. 4 della Direttiva del Consiglio del 12 dicembre 1991, n. 91/689.

È da rilevare che i contenuti dell'Ordinanza della Corte di Giustizia Europea dovranno, comunque, essere recepiti nell'ambito della normativa italiana.

È evidente, pertanto, la necessità di avere chiare disposizioni dalle competenti Autorità statali per quanto riguarda una problematica estremamente complessa e delicata, come quella concernente l'obbligo della tenuta dei registri dei rifiuti pericolosi da parte dei medici e degli odontoiatri.

In questo campo esistono interpretazioni difformi e addirittura una specifica circolare del ministero dell'Ambiente del 14-12-1999 che esimeva chiaramente gli studi medici e dentistici dalla tenuta di tali registri.

In questo ambito normativo, abbastanza contraddittorio, è necessario, ad avviso della CAO nazionale, ottenere un chiarimento definitivo dai competenti Organi ministeriali.

Cremona

Richiesta certificati

Si ricorda che, per il rispetto delle norme sulla privacy, l'Ordine rilascia i certificati di iscrizione solo al diretto interessato, oppure a persona che sia fornita di specifica delega scritta e correlata da un documento di identità proprio dell'iscritto.

Gli iscritti sono pertanto invitati a collaborare, evitando lamentele in quanto il personale amministrativo si limita ad attenersi ai dettami del Codice sulla privacy.

Si ricorda, inoltre, che gli iscritti si possono av-

valere della possibilità di autocertificare i dati relativi all'iscrizione.

Tale autocertificazione deve contenere i dati anagrafici, l'Albo di appartenenza, il numero d'ordine, l'anzianità di iscrizione e l'assenza di procedimenti disciplinari.

Si precisa che qualsiasi Ente pubblico è obbligato a accettare l'autocertificazione.

Rimini

Certificazione di malattia

La certificazione di malattia destinata all'Inps deve possedere requisiti ben precisi la cui assenza rende impossibile l'erogazione della relativa prestazione economica. Tali requisiti sono: generalità dell'assicurato, diagnosi, prognosi, data di rilascio, firma e timbro del medico.

La diagnosi, quando manoscritta, deve esserlo con grafia leggibile e non può essere omessa facendo riferimento ai motivi di privacy in quanto trattasi di trasmissione di segreto professionale. La patologia denunciata deve ovviamente comportare incapacità lavorativa specifica, cioè deve impedire al malato di svolgere la sua attività lavorativa. Diagnosi generiche ("esiti di intervento chirurgico", "accertamenti", ecc.) o riportanti la pura e semplice notizia di terapia non sono sufficienti a comprovare l'incapacità lavorativa del soggetto. La prognosi non può essere retroattiva. Giova ricordare che la malattia indennizzabile è quella acuta o cronica riaccutizzata, quella cioè per la quale si prevede una durata limitata nel tempo, un inizio ed una fine. Non rientrano perciò nella tutela le malattie croniche e i postumi stabilizzati. Non sono ricomprese nell'assicurazione contro la malattia gestita dall'Inps alcune patologie già protette da altra tutela come ad esempio gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali che sono assicurati dall'Inail, la tubercolosi o le malattie per gravi complicanze della gestazione o per preesistenti forme morbose che possono essere aggravate dallo stato di gravidanza (così dette "gravidanze a rischio"). Per quest'ultima fattispecie l'accertamento medico-legale spetta alla Asl che provvede ad esonerare la donna per tutta la gravidanza o solo per certi periodi (L. 1204/71). Si rammenta inoltre che anche i trattamenti estetici sono esclusi dalla tutela. Qua-

lora i medici dell'Istituto riscontrino irregolarità nella redazione del certificato devono segnalarle al competente ufficio che provvede ad inviare all'assicurato la relativa lettera per la regolarizzazione. Si precisa inoltre che non possono essere prese in considerazione autorizzazioni preventive rilasciate dai medici, anche specialisti, ad allontanarsi dal domicilio durante le fasce orarie di reperibilità.

Dott.ssa Rossana Di Nardo
(*dirigente medico-legale 2° livello Inps Rimini*) – **Dr. Roberto Malhamè**
(*direttore provinciale Inps Rimini*)

Genova

Benvenuti giovani medici!

Scriveva il grande ed illustre clinico prof. Giuseppe Sabatini, in occasione della chiusura dell'anno accademico 1949-50: "... E un pensiero sempre più grande rimane nell'animo nostro: il velo della preoccupazione per la nostra sorte. Ognuno di noi sa cosa significhi essere arrivati alla laurea ... il duro lavoro del liceo e i sei lunghi anni che sembravano spensierati, ma in realtà lo furono soltanto all'epoca del natale matricolare. Il duro lavoro comincia poi dopo la laurea, quando vi troverete in un'atmosfera che ogni giorno diventa più difficile ...". Sono passati 55 anni e, da allora, possiamo prendere atto che da un lato la medicina, grazie a nuove scoperte e alla tecnologia avanzata, ha permesso l'innalzamento della vita media, ma dall'altro ha penalizzato fortemente la nostra figura professionale: proprio per questo ritengo che le parole dette allora dal grande clinico siano sempre più che mai attuali. Recentemente ho avuto, insieme al Consiglio dell'Ordine, il grande onore e piacere di "stringere le mani" ai neo-laureati. Giovani i cui occhi manifestavano non solo gioia, ma la bellissima fierezza di chi è finalmente arrivato. Tutti, in comune, esprimevano quel sano sentimento di coloro che si sentono finalmente medici. Ma quasi con dispiacere mi sento di rompere quell'incanto ricordando che è purtroppo solo l'inizio di una professione oggi più che mai difficile e impegnativa. Se per un aspetto siamo cresciuti in qualità e professione, dall'altra parte stiamo pagando il duro scotto di un sistema ingessato, drammaticamente burocratizzato, dove il ricatto nella nostra professione è continuo, dove il medico si deve difendere dagli attacchi dei massmedia e delle cause civili, dove l'autonomia, spesso, è soltanto sulla carta, dove la libertà e l'indipendenza della professione rischiano di essere solo in un articolo del Codice deontologico. In questa condizione diven-

ta sempre più difficile svolgere con serenità il nostro compito di medici, ma mi auguro che le nuove generazioni, non ancora minate dalle leggi e dalla burocrazia, insieme a tutti i colleghi che, nonostante le difficoltà, esprimono non solo il massimo della professione ma anche il grande rispetto dell'etica e dell'abnegazione, si possa tentare di riappropriarci della nostra autorevolezza: ritengo sia un nostro preciso obbligo, non solo nell'interesse dei cittadini, ma anche e soprattutto nei confronti di noi stessi. Mi sento in dovere di concludere con un'altra bellissima frase del prof. Sabatini: "... Altre tre parole vi accompagnano: onestà, dignità e pietà (poiché chi soffre ha diritto alla pietà ed ognuno di noi può invertirne il posto)".

Grazie e benvenuti giovani medici.

Enrico Bartolini

Reggio Calabria

In autunno arriva l'influenza europea

Prepararsi ad affrontare la pandemia di influenza attesa per il prossimo autunno "è una priorità di tutti i Paesi europei". Lo ha detto il commissario europeo per la Sanità, Markos Kyprianou, che in un discorso tenuto recentemente al Parlamento europeo ha annunciato anche una simulazione delle attività di prevenzione prima dell'influenza del prossimo inverno e la creazione di un fondo europeo di solidarietà da 1 miliardo di euro l'anno. In Italia la simulazione potrebbe avvenire prossimamente, sarà una sorta di esercitazione che, inizialmente, coinvolgerà una sola regione. Non è stata ancora individuata, ma molto probabilmente si troverà nel Nord, dove il freddo arriva prima e dove sono più probabili scambi internazionali. I primi a scendere in campo saranno gli esperti della Sanità aeroportuale e marittima, quindi saranno coinvolti medici di famiglia e strutture di Pronto soccorso e si procederà a verificare la diagnosi. Se l'arrivo di un nuovo virus influenzale dovesse essere confermato, nel territorio in cui è stato individuato il focolaio dovranno essere immediatamente messe in atto tutte le misure per il ricovero e la cura del paziente e per la profilassi delle persone che sono state a contatto con lui (ad esempio con alcuni giorni di sorveglianza e isolamento volontario). Dovranno poi essere ricostruiti gli spostamenti della persona colpita dall'influenza. Mentre la simulazione resterà confinata in una regione, nel caso di un allarme reale le misure di prevenzione scatterebbero a livello nazionale, insieme alle norme di prevenzione fissate dalla Comunità europea e dall'Organizzazione mondiale della sanità.



MEDICINA GENERALE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

È in corso di svolgimento (3-9 ottobre a Castellaneta Marina in provincia di Taranto) il 57° Congresso nazionale della Fimmg-Metis. Questi alcuni argomenti che vengono approfonditi nel corso del congresso: La medicina generale e la promozione della salute (Mario Falconi); Gli accordi regionali come strumento di programmazione e di promozione alla salute (Giacomo Milillo); La condivisione di dati e informazioni come strumenti di gestione e programmazione degli interventi sanitari per la promozione della salute (Bruno Palmas); La sperimentazione clinica in medicina generale (Aldo Pagni); Gli studi osservazionali e la ricerca in medicina generale: strumento per la valutazione della qualità delle prestazioni (Antonio Brambilla); Burn out in medicina generale (Mario Costa); La medicina di iniziativa strumento professionale per la promozione della salute (Sebastiano Marino).

IL SUONO DELLA VITA

Il prof. Vittorio Colletti, ordinario di patologia otorinolaringoiatrica all'Università di Verona, ha "messo a punto" una particolare tecnica chirurgica, rivoluzionaria nel suo genere, che dovrebbe consentire alle persone affette da patologie ai nervi uditivi di guarire perfettamente. Con l'inserimento di un minuscolo dispositivo elettronico nella scatola cranica chi è affetto da sordità (neurofibromatosi con neurofibromi che hanno danneggiato nervi uditivi o neonati privi alla nascita dei nervi uditivi) potrebbe – secondo il docente – entrare in contatto con la realtà quotidiana esterna e vivere una vita assolutamente normale.

di Marco Vestri



MALATTIE INFETTIVE: INTERVIENE L'AVIAZIONE

Il servizio sanitario del Comando Logistico dell'Aeronautica Militare sta conducendo studi e corsi di formazione volti ad acquisire le nozioni necessarie per il trasporto, su velivoli militari, di pazienti infettivi, o contaminati da agenti biologici, ad alto rischio di contagio. Per il progetto sono state acquistate le barelle isolate aviotrasportabili "Aircraft Transit Isolators" (ATI) e le "Stretcher Transit Isolators" (STI), ideate per il trasporto su mezzi gommati: si tratta di barelle con filtri ad alta efficienza a pressione interna negativa costituita da un telaio in alluminio, un rivestimento in PVC con maniche e maschere per trattare il paziente, due filtri e un sistema di alimentazione. I corsi, accreditati come eventi ECM, prevedono prove pratiche con i sistemi ATI e STI e mirano ad insegnare ai partecipanti strategie di gestione degli agenti biologici. La prossima edizione del corso è prevista per il mese di novembre.



SANGUISUGHE E LARVE ALLEATE DELL'UOMO

La medicina americana si appresta a reintrodurre l'uso massiccio di sanguisughe e larve per guarire ferite difficili da rimarginare e ridurre, in tal modo, il rischio cancrena. Con il parere favorevole della Food and Drug Administration, che regola l'uso legale di tutti i prodotti clinici negli States, verrà, quindi, regolarizzata una pratica medica che dagli anni '70 era stata abbandonata e trascurata. Negli ultimi anni, invece, gli esperti del settore hanno verificato la straordinaria efficacia, in determinate patologie, di questi due animali: sanguisughe e larve sono, infatti, preziosi alleati dell'uomo nel ripulire il sangue e nell'aiutare la ripresa della circolazione sanguigna dopo difficili interventi di riattaccamento di arti e simili. L'azione benefica delle sanguisughe, inoltre, è importante anche perché iniettano nei pazienti in cui "operano" forti dosi di sostanze anestetiche, anticoagulanti e antibiotiche.

< Pubblicità >

Guardare, sentire, leggere

Giovani e consumi culturali: compro quindi "sono"

Nel mirino il sistema sociale e i suoi meccanismi di produzione e riproduzione di sensi e significati. La solitudine giustifica gli eccessi ma crea anche "idiots savants"

di Antonio Gulli (*)

Il rapporto tra giovani e cultura è un argomento complesso in quanto chiama in causa il sistema sociale - nei suoi meccanismi di produzione e riproduzione dell'ordine sociale, di costruzione della ricchezza, di strutturazione, di appartenenza ad una identità collettiva, di trasmissione della memoria storica e, non in ultimo, dei processi di stratificazione sociale - e il soggetto, in ordine alla costruzione dell'apparato simbolico di riferimento, in ragione della costruzione di sensi e significati che interpretino il proprio vissuto. Per affrontare la problematica, forse è opportuno partire dalla domanda: esiste una cultura giovanile? Ovvero, è possibile rilevare una specificità giovanile rispetto al modo attraverso cui l'uomo si fornisce dell'insieme degli strumenti, dei prodotti non-fisiologici

delle personalità umane che non siano automaticamente riflessi o istintivi (cfr., Kroeber 1948a) per affrontare i complessi problemi della vita e vivere con gioia il rapporto sia con il sé che con il mondo? Forse sì, a patto che si riconosca la facoltà a que-

Possiedono la forza di fare mercato, di stabilire tendenze

sto gruppo sociale di incidere nei meccanismi di rappresentazione di se stessi, di produzione dei mezzi per soddisfare i propri bisogni, di condizionare l'offerta a partire dalla propria capacità di strutturare percorsi simbolici in ordine al proprio modo di attribuire senso e significato alla realtà. I giovani hanno questo potere? Sicuramente possiedono la forza di "fare mercato", di stabilire tendenze, di mantenere il "trito" come di - quasi come fanno i lombrichi - innovare; ma - forse sarà un'ovvietà - in realtà ciò che loro promuovono o bocciano, nell'ambito del mercato, non è forse anche quel prodotto che successivamente servirà alle generazioni più adulte per farle sentire meno "vecchie"? Forse meno banalmente si può osservare che l'asimmetria tra senso inteso e potere di istruire signifi-

cati non sembra deporre a favore di qualcuno, tanto meno dei giovani, a meno che questo qualcuno non abbia in mano le leve sia delle condizioni di produzione che di ricezione dello stesso. È difficile immaginare i giovani che consentono o autorizzano qualcosa; forse è più semplice supporre che i giovani utilizzino - a loro modo - ciò che è autorizzato e consentito. Le rilevazioni in ordine ai consumi culturali indicano - per esempio a proposito del defunto ma mai seppellito libro - che i giovani, in generale, preferiscono le narrazioni che stimolano le pulsioni fantastiche (romanzi di avventura, storie gialle, fantascienza); cioè una letteratura che sappia sposare affabulazione, evasione e informazione. Le stesse ci informano anche che la poesia supera i romanzi rosa. Per quanto riguarda la stampa preferiscono la cronaca (25/29enni), lo sport e lo spettacolo (15/20enni) e che per i programmi televisivi al primo posto, per quanto riguarda quest'ultima fascia, ci sono gli spettacoli a loro dedicati, quelli di musica moderna, i telefilm e le sit-com. Si può affermare, quindi, che esiste questa specificità? Oppure che, al contrario, può essere ritenuto vero - così come per gli altri gruppi sociali - che c'è una produzione culturale che ha come target i giovani? I massicci investimen-



ti economici in questo campo – in special modo nell'ambito dello spettacolo – non rilasciano forse l'impressione che al primo posto c'è la mercificazione del gusto che richiama, a sua volta, l'esistenza di un oggetto-merce chiamato giovane? Se è vero che le "muse a pigione" dell'industria culturale sanno predare, produrre e far scomparire i "mattoni" che sostengono il "sentire" – al punto da saper trasformare un'affettatrice per il brodo in uno strumento essenziale per costruire l'identità – è altrettanto vero che i giovani – in molti casi molto meglio degli adulti – sanno che è difficile salvarsi da soli, cioè senza mediazioni tra la base istintuale e l'esistere in sé. In relazione a quest'ultima considerazione è bene sottolineare due aspetti: il primo che trova il suo fondamento nelle condizioni materiali di vita in cui vivono ampie fasce di

Le nuove generazioni vivono all'interno di una galassia del consumo

giovani; il secondo nell'elevato grado di effervescenza che accompagna l'apparato simbolico di riferimento di ogni ragazzo o ragazza. Tra le innumerevoli definizioni di cultura che le scienze umane e sociali ci offrono, alcune possono aiutarci a inquadrare il problema. Se per l'antropologa Benedict, la cultura è principalmente apprendimento da parte delle generazioni successive (1947) dell'"enunciato che stabilisce uno schema del labirinto umano" (Miller e Dollard, 1941), quella offerta da Weber, che la definisce "una sezione finita dell'infinità priva di senso del divenire del mondo alla quale è attribuito senso e significato dal punto di vista dell'uomo" (1958), sembra cogliere meglio sia il carattere di necessità che la cultura offre sia la sua impalpabile natura. Ma la potenza che la cultura esprime

nel "sistemare" l'uomo nella realtà del mondo e quest'ultimo nella realtà di ognuno può anche far pensare ad essa come una "somma di tutte le sublimazioni, di tutte le formazioni sostitutive o reattive, in breve di tutto ciò che in una società inibisce gli impulsi o consente un loro soddisfacimento di ripiego" (Roheim, 1934). Da qui anche la possibilità di immaginare la cultura e il suo consumo come capace di far sparire ogni aspetto di razionalità, mantenendo comunque la sua aura di risposta alla complessità del reale. La dinamica che essa è capace di assumere in un "andare innanzi [per] tornare indietro al fondamento, all'originario, al vero dal quale quello, con cui si era cominciato, dipende ed è [...] prodotto" (Hegel, 1978), sempre alla ricerca del mito e dell'utopia dell'immediatezza con il reale, bene individua quel soggetto tanto caro all'industria del sentimento che sfrutta i moti profondi del dibattito interno ad ogni uomo. Quante volte ci siamo trovati di fronte a una canzone, una poesia, un'"aria", un verso o un dialogo che fa vivere o che fa ricordare un momento di vita? Che ne sa ricostruire hic et nunc il "profumo", la scena, le parole e i gesti? Le generazioni di ragazze e ragazzi alle prese con il nuovo millennio attualmente si trovano a vivere all'interno di una "galassia del consumo culturale" senza pari. Il termine consumo, che rimanda sia al senso di appropriazione che a quello di appartenenza, ci mette davanti alle crude – quando non amare – cifre della statistica. Dalle relazioni sui consumi giovanili solertamente rilevati dagli istituti di ricerca viene un messaggio chiaro e semplice: che è sempre più difficile creare quel silenzio interiore in grado di farci sentire espressione della storia. Dalla massaia che accende la TV per sentirsi meno sola all'assordante musica della discoteca che serve per vivere la propria "unica solitudi-

ne", passando per il papà che accende la TV all'ora del telegiornale per mettere il silenziatore alla propria famiglia, emerge quella figura di *idiots savants* che sa tutto, che è informato su tutto in tempo reale ma, che al tempo stesso, non capisce niente, fagocitato com'è dalla stessa ricchezza dei dati non assimilati né assimilabili e dalla rapidità medusizzante delle immagini. Giovani cinici e/o indifferenti? No! Forse semplicemente sovraesposti e iperstimolati e solo in qualche caso blasè. Ma il problema non sta solo nella frequenza o nell'assiduità: sta nella pervasività che annienta la pensosità. Non è forse vero che il leggere nella stragrande maggioranza dei casi non solo non è premiato ma è accompagnato dalla valutazione di non "sapersi godere la vita"? E questo non è anche vero per quel cinema che non "svaga" o per quei

Spesso siamo di fronte alle crude e amare cifre statistiche

programmi televisivi che non fanno ridere? Il consumo ha divorato il consumatore; la colonizzazione del cervello da parte dell'emisfero destro può a ragione far pensare alla trasformazione dell'uomo da homo sapiens in homo sentiens (Ferrarotti, 1998). Così come Wall Street è la capitale della finanza, il World Wide Web sembra possedere la "borsa dei valori" della cultura dell'uomo e non per l'uomo: in attesa che le azioni della riflessività e della critica risalgano, può essere opportuno ancora investire in un buon libro e trovare il proprio nemico, non nello Star System, quanto in quella sana e sapenziale saggezza dell'analfabeta. È abbaiare alla luna? ■

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



< Pubblicità >

< Pubblicità >

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

SHARDIN - ANTICO POPOLO DI ORIGINE ATLANTICA

Francesco Verona ha osservato molte similitudini fra la cultura atlantica, dalla quale fa derivare i Pelasgi, e quella sarda. Per sostenere le originali intuizioni riportate in questo breve saggio sull'origine dei Sardi, si avvale di testimonianze archeologiche e degli scritti di Platone, Erodoto, Plutarco, Diodoro Siculo, Strabone, nonché di alcune citazioni di Omero, Cicerone e di altri più recenti studiosi. Prove significative di questa affinità sono, per l'autore, il comune rito della sepoltura in sepolcri di pietre e il fatto che entrambe le culture credessero nella resurrezione delle anime, ma la caratteristica più evidente sono certamente le costruzioni megalitiche proprie delle popolazioni di origine atlantica. Questi resti monumentali rintracciabili dalla Gran Bretagna, a Nord, fino all'Isola di Malta, a Sud, sono i segni di una civiltà, forse la più antica di tutte, che diffondendosi verso est, ha poi contribuito allo sviluppo delle grandi culture orientali.

Verona centra la sua indagine sul probabile errore, fatto dai Greci e riportato da Erodoto, i quali accomunarono i Pelasgi con gli Etruschi, chiamandoli Tirreni. Questo termine, che vuol dire "costruttori di torri", si sarebbe dovuto riferire, a buon diritto, ai Sardi costruttori delle numerosissime torri nuragiche sparse ancora in tutta l'isola. Gli Etruschi infatti chiamavano se stessi Rasenna, mentre i Romani li chiamavano Etruschi o Tusci. I Fenici chiamarono invece i Sardi nuragici (da "nur" fuoco, sole, e "hag" casa: costruttori delle case del sole).

I Sardi furono dunque una popolazione di navigatori pelasgici? Quella di Verona è una tesi suggestiva e suffragata da valide attestazioni che, se

venissero dimostrate e accolte, porterebbero profondi cambiamenti alla realtà storica. Non molti invece a quella geografica: il Mar Tirreno riceverebbe il nome dall'altra sponda!

Francesco Verona
SHARDIN

Antico popolo di origine atlantica
Ladiris de Sardigna, Cagliari
pp. 63, € 9,00.

SANITÀ E SANTITÀ

In questo libro Mario Benatti racconta la vita di trenta santi e beati, da S. Giovanni di Dio (1495-1550), fondatore dell'omonimo Ordine Ospedaliero, più conosciuto col nome di Fatebenefratelli, fino alla beata Madre Teresa di Calcutta (1910-1997), fondatrice della Congregazione delle Missionarie della Carità.

I santi ed i beati qui presentati sono stati scelti privilegiando quelle figure che, dal cinquecento ai nostri giorni, hanno testimoniato la loro fede attraverso il soccorso agli ammalati. Essi sono accomunati, da un lato, da uno spirito eroico di carità, dall'altro, dal loro atteggiamento di apertura verso l'accettazione di tutte le metodiche che il progresso della medicina, nel corso dei secoli, poneva loro a disposizione.

Molti sono personaggi assai noti, come S. Vincenzo de' Paoli o S. Giuseppe Cottolengo, altre figure, come il beato Carlo Steeb o Santa Maria Sotledad, sono meno conosciuti, ma sono stati ritenuti ugualmente importanti per questa rassegna.

Un'altra caratteristica che accomuna questi beati e santi è che quasi nessuno di loro, in vita, ha compiuto miracoli o procurato guarigioni improvvisate, ha avuto le stimmate o poteri paranormali. Tutti invece per soccorrere gli infermi si sono avvalsi della scienza medica, frutto dell'in-

gegno umano, che se, progredendo e specializzandosi, tendeva ad interessarsi più alla malattia che al malato, con il loro impegno nella carità, hanno saputo però mantenere la pratica medica vicino alla persona sofferente.

Mario Benatti
SANITÀ E SANTITÀ
Editoriale Sometti, Mantova
pp. 172, € 13,00.

STORIE DI STRAORDINARIA FOLLIA

Dopo le "Brevi storie di ordinaria follia", in questo volume Salvatore Sisinni ci intrattiene con dieci storie di follia straordinaria. Straordinaria perché riguarda dieci casi di personaggi molto noti: musicisti, pittori, scienziati, poeti.

Con il suo nuovo lavoro Sisinni ritorna al suo progetto di voler avvicinare il lettore comune al mondo della follia per fargli capire che chi è affetto da questo male non è mai semplicemente un "caso clinico" perché nessuna patologia resta completamente avulsa dalla complessità dell'essere umano. Lo dimostrano esaurientemente i casi di questi personaggi descritti con competenza clinica e letteraria, i quali, anche nei periodi di alterazione psichica, riuscirono a raggiungere il sublime nella loro produzione.

Nel libro, oltre a due brevi monografie sulla follia nell'arte pittorica e nella musica, si avvicinano le storie di Donizetti, Schumann, John Nash, van Gogh, Hemingway e di altri artisti famosi attraverso le quali l'autore fa capire come ogni singola realtà clinica non possa prescindere dalla particolare individualità del personaggio.

Salvatore Sisinni
STORIE DI STRAORDINARIA FOLLIA
Acustica Edizioni, Lecce
pp. 173, € 12,00. (per i medici che lo richiederanno al tel. 0832-784089 € 10,00.)

LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Questo volume, alla cui compilazione hanno collaborato Enrico Rosati, Raffaele Galli e Angelo Emanuele Cattu-cci, fornisce tutte le necessarie informazioni su come si compila la parte sanitaria della scheda di dimissio-

ne ospedaliera (SDO)e, tra le altre cose, elenca le tipologie di codifica non corrette che si riscontrano più frequentemente; chiarisce significati e funzioni di nuove terminologie e di nuovi incarichi quali, ad esempio, DRG-ghost e cheat-codificatore, indicando quali sono le codifiche che più spesso generano DRG (Diagnosis Related Group) atipici; fa conoscere com'è articolata, in Italia, l'attività dei controlli sulla verifica della congruità tra la SDO e la cartella clinica.

Sperimentando una formula estremamente innovativa e pratica, il testo esamina oltre 35 casi clinici, ciascuno corredato della relativa cartella clinica e della SDO, sia nella sua versione originale errata, sia in quella successivamente corretta e commentata. Riporta, inoltre, circa 40 tabelle relative a soluzioni di codifica riguardanti situazioni cliniche particolarmente complesse che i clinici di corsia e i sanitari impegnati nel Sistema Informativo Ospedaliero delle direzioni sanitarie si trovano quotidianamente ad affrontare.

Il volume, aggiornato e completo, contiene tutta la normativa e le nozioni essenziali sulla SDO, sui DRG e analizza sul campo, per la prima volta in Italia gli aspetti medico-legali di una compilazione non corretta della SDO che si rivelerà di grande utilità per quanti operano nel rispetto dell'attuale sistema di finanziamento degli ospedali.

E.Rosati, R.Galli, A.E.Catucci
LA SCHEDE DI DIMISSIONE
OSPEDALIERA
CIC Edizioni Internazionali,
Roma - pp. 305, € 20,00.

IL FUORIUSCITO

Il romanzo, interessante, anche se alquanto dissacratorio, narra la storia di un medico che intraprende la professione spinto da uno spirito umanitario, ma si accorge ben presto che i suoi colleghi e i professori, mirano quasi esclusivamente alla carriera e al guadagno facile e le industrie farmaceutiche, con le quali i medici hanno stretti rapporti, non sono da meno. Per allontanarsi da questo ambiente italiano, vissuto come inefficace e corrotto, il giovane medico sceglie di andare all'estero e lavorare nel campo della ricerca. Si reca negli Stati Uniti, quindi in Francia. Ma anche

questo settore è influenzato dai giganteschi interessi commerciali delle industrie farmaceutiche. Il quotidiano spettacolo del compromesso e della corruzione diventa per lui un fardello troppo pesante che, alla fine, lo spinge ad abbandonare il mondo della ricerca, tornare in Italia e dedicarsi alla sua professione lavorando in ospedale.

Probabilmente l'autore riversa in questo romanzo una parte dei suoi veri sentimenti e forse anche qualche esperienza vissuta che fanno aleggiare in questa storia una critica profonda nei confronti dell'ambiente medico e, in particolare, nei riguardi della realtà sanitaria italiana. Ciò renderà amara la lettura a quanti operano con passione nel settore, ma l'ultima scelta del protagonista sembra rivalutare la professione medica che può sempre riscattarsi a livello individuale.

Renzo Tomatis
IL FUORIUSCITO
Sironi Editore, Milano
pp. 203, € 13,50.

SUONI E VIBRAZIONI SULL'UOMO

In questo libro Franco Bistolfi spiega come il rumore intenso, le vibrazioni meccaniche di alta e bassa frequenza, gli infrasuoni e le onde d'urto possano accompagnarsi ad effetti lesivi per le persone costrette a subirli in ambienti di lavoro, nei locali di svago o addirittura in occasione di trattamenti fisioterapici con energie meccaniche diverse. Fa però presente come le stesse energie meccaniche di varia frequenza possano anche apportare effetti benefici e terapeutici, favorendo i meccanismi che sottendono alla rigenerazione dei tessuti molli e del tessuto osseo. Valutare il rapporto rischio/beneficio di queste energie oggi è possibile grazie alle recenti conquiste della meccanobiologia, materia in rapidissimo sviluppo a livello mondiale, che ha il grande pregio di chiare tanto la patogenesi dei possibili effetti nocivi, quanto il meccanismo dei benefici effetti terapeutici ottenibili con suoni, vibrazioni, infrasuoni, ultrasuoni e onde d'urto.

Il testo risulterà di grande interesse e utilità sia ai ricercatori dell'area

biologica e biofisica, sia ai molti professionisti dell'area medica, quali Fisici Medici, Medici del Lavoro, Medici e Operatori di Terapia Fisica e Riabilitativa, Musicoterapeuti, Neurofisiologi, Ortopedici, Otoiatri, Pediatri, Radiologi, Urologi e Operatori nell'ambito della Protezione Ambientale e degli Istituti Inail.

Franco Bistolfi
SUONI E VIBRAZIONI
SULL'UOMO
Omicron Editrice, Genova,
pp.224, € 28,00.

IL MEDICO DI FAMIGLIA E LE ABILITÀ DI COUNSELLING

Giorgio Bert, Adriana Novara e Silvana Quadrino hanno aggiornato il loro manuale sul counselling in medicina che fornisce preziose informazioni e consigli di comportamento per quei medici che vogliano migliorare il loro rapporto con i pazienti sviluppando un adeguato livello di comunicazione.

La competenza nel guidare la comunicazione deve essere appresa e costantemente aggiornata studiando le moderne tecniche comunicative definite "abilità di counselling" (counselling skills).

Una buona comunicazione fra medico e paziente è generalmente ostacolata dal fatto che il sanitario, confidando nella sua competenza professionale, è scarsamente disposto ad aprire un aperto dibattito con l'ammalato. Ma l'acquisizione di competenze comunicative favorisce, da un lato, un rapporto di comprensione dal valore terapeutico, o almeno palliativo, per il paziente, dall'altro, ha anche la funzione di proteggere il medico da quei disagi e da quelle frustrazioni che rendono troppo pesante la sua giornata lavorativa.

Raggiungere dunque queste abilità permetterà al medico di ottenere un miglior clima relazionale, di guidare il colloquio in maniera assertiva, di non essere frainteso, di convincere senza dover ripetere sempre le stesse cose, di ottenere la fiducia e la collaborazione del paziente e di saperlo tranquillizzare di fronte a notizie poco rassicuranti.

G. Bert, A. Novara, S. Quadrino
IL MEDICO DI FAMIGLIA E LE
ABILITÀ DI COUNSELLING
Edizioni Change, Torino, pp.76

< Pubblicità >

< Pubblicità >

Il mondo (quasi) col fiato sospeso

Influenza aviaria e rischio pandemia

I medici e il personale sanitario devono prepararsi culturalmente e praticamente a fronteggiare questa paurosa eventualità che secondo l'OMS sarebbe imminente

di **Walter Pasini (*)**

Grande preoccupazione sta destando a livello mondiale l'estensione dell'epidemia di influenza aviaria che ha raggiunto la Russia e il Kazakhstan dopo aver infierito in Cina, Thailandia, in Vietnam dove - superando la barriera di specie - ha colpito esseri umani (oltre 90 casi con 30 decessi) ed in Indonesia dove si

**Messe a punto
le linee guida
per fronteggiare
il pericolo**

sono verificati cluster in alcune famiglie.

L'agente causale dell'influenza aviaria è il virus H5 N1. In Russia e Kazakhstan l'epidemia è sicuramente giunta attraverso uccelli migratori infetti che hanno condiviso ambienti acquatici con volatili domestici del luogo. In Russia l'epidemia era inizialmente confinata in alcune regioni della Siberia e si è progressivamente estesa colpendo almeno 120.000 volatili. Anche la Mongolia ed il Tibet sembrano colpiti.

L'Organizzazione Internazionale per la salute animale e la FAO hanno da tempo messo a punto linee guida per far fronte all'epidemia. Con la diffusione esponenziale dell'epidemia, l'abbattimento estensivo dei capi, misura che si era rivelata efficace ad Hong Kong ed Olanda dove negli anni scorsi si erano segnalate epidemie di in-

fluenza aviaria, non viene più ritenuta praticabile puntando piuttosto sulla vaccinazione animale. Entro il 15 novembre infatti i 210 milioni di volatili della fattorie vietnamite dovrebbero essere vaccinati.

Secondo l'OMS la diffusione dell'influenza aviaria fa aumentare la possibilità che emerga un ceppo influenzale che abbia le caratteristiche di aggressività e letalità dimostrate dall'H5N1 responsabile dell'influenza aviaria e le caratteristiche di contagiosità tipiche della comune influenza epidemica che ben conosciamo. L'infezione congiunta dei due virus nella stessa persona potrebbe portare ad un riassorbimento genetico del virus con le caratteristiche paventate. Da qui l'importanza per la prossima stagione influenzale di una copertura più ampia possibile della popolazione e il contenimento dell'estensione dell'influenza aviaria in Europa. Con la globalizzazione economica, la densità del traffico aereo ed il numero sempre crescente di viaggiatori internazionali, la pandemia influenzale si diffonderebbe molto rapidamente in tutto il pianeta. Le misure che il nostro Governo sta adottando sono quelle giuste: approvvigionamento di farmaci antivirali, collaborazione con l'industria farmaceutica per la ricerca e la fornitura di vaccini specifici contro il ceppo H5N1, organizzazione di un piano coordinato dal ministero della Sa-

lute che coinvolga la sanità militare, quella marittima ed aeroportuale e la protezione civile, controlli sulle merci di importazione effettuate da uffici veterinari e Guardia di finanza per prevenire il contagio dei nostri allevamenti di pollame.

Non vi è dubbio che la misura principale di prevenzione è rappresentata dalla disponibilità di

**Necessaria per
la prossima stagione
influenzale grande
attenzione**

un vaccino efficace ed in questo senso buone notizie giungono dai trial clinici effettuati dalla Chiron Vaccines, ma è intuibile comprendere le difficoltà logistiche legate all'approvvigionamento e alla somministrazione del vaccino specie nei Paesi in via di sviluppo.

I medici ed il personale sanitario devono dunque prepararsi culturalmente e praticamente a fronteggiare questa tragica e complessa eventualità che secondo l'OMS è imminente ed è per questo che il Centro Collaboratore OMS per la Travel Medicine organizzerà a Venezia (23-25 marzo 2006) una conferenza europea dal tema Globalization and Health (www.ectm5.org) dove questo tema verrà affrontato dai massimi esperti mondiali.

(*) *Direttore Centro OMS
Medicina del turismo*

La Telemedicina al servizio dei soldati

A detta di molti studiosi la Telemedicina potrebbe rappresentare un porto sicuro per aumentare l'efficienza nella Sanità. Un campo che si è esteso anche alle nostre Forze Armate come sostiene il sottosegretario alla Difesa Rosario Giorgio Costa, che al Policlinico militare del Celio a Roma ha assistito ad una dimostrazione pratica di Telemedicina in collegamento con i contingenti italiani in Iraq. "Siamo stati i primi in assoluto - sostiene Costa - ad impiegare la Telemedicina a favore delle popolazioni civili coinvolte nei conflitti". La Telemedicina, come spiegano alla Difesa, consiste nello scambio per via telematica - satellite, linee Dsl e Isdn - di dati sanitari e permette diagnosi a distanza, teleconsulti e interventi chirurgici guidati. "Un investimento ad alto rendimento - sottolinea - che elimina i costi per il trasporto dei feriti e dei malati in Patria". "Si tratta senza dubbio di un cambiamento epocale - secondo il sottosegretario - che diminuisce drasticamente i tempi di intervento aumentando contemporaneamente la qualità del servizio, e che permette sempre di consultare lo specialista più indicato, magari dall'altra parte del mondo". "Uno strumento innovativo che potrà coinvolgere tutti i presidi all'estero del nostro Esercito - auspica Costa - e mi auguro che questo modello innovativo di assistenza sanitaria sia sempre più emulato anche dal Servizio sanitario nazionale". ■



MINACCIA IL MEDICO: 2 MESI DI RECLUSIONE

La Corte di Cassazione ha respinto il ricorso di un uomo che, accusato di minaccia a pubblico ufficiale, era stato condannato a due mesi di reclusione ed al pagamento delle spese processuali. I fatti si erano svolti alcuni anni fa presso l'Ospedale Santa Maria Goretti di Latina, quando l'uomo si era presentato per essere medicato e con minacce ed insulti pretendeva di essere visitato subito senza attendere il suo turno. Il 4 luglio scorso la Cassazione ha depositato la sentenza stabilendo, tra l'altro, che il medico avrebbe compiuto un atto illegittimo se, a meno di trovarsi di fronte ad un paziente in pericolo di vita, avesse alterato l'ordine delle visite. ■

pubblicità

Ottobre e le sue storie

Dopo una certa età ogni uomo è responsabile della propria faccia.

Albert Camus

1° ottobre 1914

Novità sul grande schermo: a Berlino Oskar Vlessner trasmette il cinegiornale. È la prima volta.

15 ottobre 1927

Migliaia di persone accolgono negli Stati Uniti, a Lakehurst, il dirigibile LZ127. L'ingombrante mezzo aereo aveva volato per 112 ore al comando di Hugo Eckner.

29 ottobre 1929

Il "giovedì nero". A Wall Street la Borsa crolla dando il via ad una delle più gravi crisi economiche per il mondo intero.

18 ottobre 1934

In Svizzera Leopold Ruzicka produce sinteticamente il testosterone.

31 ottobre 1935

Nuovo record dell'ora a Milano: il ciclista Giuseppe Olmo fa segnare 45,090 metri.

31 ottobre 1938

Negli Stati Uniti una trasmissione radiofonica semina il panico tra la popolazione. Si tratta del programma di Orson Welles "La guerra dei Mondi". Molti credono davvero che la terra sia invasa dagli extraterrestri.



15 ottobre 1940

Il film di Charlie Chaplin "Il grande dittatore" viene proiettato per la prima volta. Il film accende molte polemiche; addirittura qualcuno afferma che quella pellicola fomenta la guerra.

2 ottobre 1941

In Germania vengono superati i 1000 chilometri orari dal razzo Me 163, pilotato da Heini Dittmar.

26 ottobre 1941

Novità dall'atletica. A Milano, il lancio del disco registra un nuovo record: Adolfo Consolini raggiunge i 53,34 metri. Il precedente record è migliorato di ben 8 centimetri.

5 ottobre 1950

In Gran Bretagna due futuri Nobel, H. Frölich e J. Bardeen, danno vita alla teoria quantistica della superconduttività.

4 ottobre 1951

Winston Churchill, a seguito della vittoria alle elezioni del partito conservatore, torna ad essere Primo ministro.

8 ottobre 1953

Stati Uniti e Gran Bretagna ritirano le truppe dalla zona A del Libero territorio di Trieste. I poteri passano al Governo italiano.

4 ottobre 1962

Il campionato del mondo di Formula Uno va all'inglese G. Hill su BRM.

10 ottobre 1964

Negli Stati Uniti muore il grande compositore Cole Porter. Aveva 73 anni.



18 ottobre 1967

L'Unione Sovietica registra un successo nell'esplorazione dello spazio: la sonda Venus 4 si posa su Venere.

21 ottobre 1969

In Germania ovest viene eletto cancelliere Willy Brandt.

12 ottobre 1971

Andrew Lloyd Webber e Tim Rice presentano negli Stati Uniti il musical Jesus Christ Superstar.

25 ottobre 1971

Novità all'ONU: l'Assemblea si pronuncia per l'ammissione della Repubblica Popolare Cinese. Nel contempo viene esclusa la Cina Nazionalista (Taiwan).

7 ottobre 1973

Jackie Stewart, pilota di Formula Uno, dopo aver vinto il terzo titolo mondiale dice addio alle gare.

1 ottobre 1989

Grande successo italiano nella pallavolo: la nazionale, allenata da Julio Velasco, vince gli Europei.

12 ottobre 1992

Gli approfonditi studi sugli enzimi fruttano agli americani Edmond H. Fischer e Edwin G. Krebs il premio Nobel per la medicina.

31 ottobre 1993

In Italia il mondo del cinema è in lutto: muore Federico Fellini, regista di capolavori come "La dolce vita".



< Pubblicità >

In definitiva si tratta dello sport più antico

Cammina, cammina se vuoi essere in forma

I benefici: muscolatura tonificata, tendini e legamenti più resistenti, il cuore aumenta forza e resistenza, la funzionalità respiratoria migliora

di Gianluca Aschi (*)

Nell'età dei sofisticati computer, delle nanotecnologie, dei circuiti di chip, degli innesti meccanici, delle dotazioni ipertecnologiche, delle ibridazioni robotiche, abbiamo un po' dimenticato le cose più semplici. In generale e, ovviamente, anche nello sport.

Ecco perché vogliamo individuare, nel nostro piccolo ambito, l'approssimazione più vicina alla semplicità assoluta.

Ci sembra di poter affermare con una certa tranquillità che il gesto motorio umano (che cioè si caratterizzi indubbiamente come 'umano') in assoluto più semplice, sia la stazione eretta stabilmente mantenuta.

Che l'uomo nasca quando la scimmia muore, infatti, è una consa-

pevolezza acquisita come patrimonio comune, ma occorre specificare in che modo nasca questa nuova coscienza non-scimmiesca; non animale.

Senza scendere ora nei dettagli dei dibattiti scientifici, religiosi e filosofici (secolari! l'ultimo è quello fra creazionisti ed evoluzionisti) a riguardo, si possono indicare i due tipi di coscienza caratterizzanti l'umano su cui tutti sono in accordo.

Essi sono:

- la coscienza esteriore-corporea della stazione eretta stabile;
- la coscienza interiore-mentale del linguaggio.

Tralasciando l'aspetto più mentale, vogliamo considerare, in una prospettiva 'sportiva', quello corporeo e gestuale.

Appare evidente in questa ottica che ci fu un tempo in cui l'uomo alzò la fronte dal suolo. Ciò comportò come conseguenze fisiologiche un maggiore sviluppo della lateralità telencefalica, una percezione più accurata della tridimensionalità spaziale e tutta una serie di modifiche sensoriali e motorie (basti citare per tutte l'aumento degli input al sistema vestibolare), endocrine e immunologiche.

La quadrupedia non fu più un obbligo e questo portò all'affermazione di sé di fronte al creato, di fronte alla natura. Ci fu per tutti noi la possibilità di scegliere se inchinarsi o no. La base di ogni libertà.

Imparammo a stare in piedi, dritti; in equilibrio sulle due gambe, stabili. L'orizzonte si spalancò alla vista, il cielo fu sopra le nostre teste e la terra sotto i nostri piedi, divenimmo ciò che è in mezzo. Le sole creature, i soli esseri, fra cielo e terra. Probabilmente fu allora che sorse una spiritualità.

Ma in questa fase così remota ancora non possiamo parlare di 'sport', bensì solo di primo gesto ginnico.

Infatti per poter effettuare il primo gesto sportivo umano dovemmo metterci in movimento, dovemmo passare dall'equilibrio immobile all'equilibrio dinamico. Dovemmo imparare a camminare.

Ecco il primo sport, il più antico,

la base, l'origine, il divertimento corporeo (la parola 'sport' viene dal tardo latino *desportare*: uscire dalle porte della città per svago, per divertimento) che per primo suscita l'ammirazione degli altri!

Ancora oggi è il solo momento nella crescita infantile che viene festeggiato e atteso, assieme alla prima parola.

La fonte di ogni abilità motoria umana è, indiscutibilmente, il camminare.

Un pò lo avevamo dimenticato ma, per fortuna, oggi si va riscoprendo la basilarietà di tale pratica, necessaria e giocosa.

In America lo chiamano 'walking' per differenziarlo dal 'jogging' e addirittura se ne tenta una codifica basata su sottili distinzioni da altre pratiche simili come la 'marcia' (disciplina olimpica), il wandern (attività storicamente germanica legata allo 'spirito del viandante'), il trekking (camminata 'alpinistica').

A parte i necessari aggiornamenti biomeccanici e le versioni accattivanti 'di moda', comunque si è riscoperto, a livello mondiale, quali e quanti vantaggi apporta all'organismo e alla psiche umana una camminata sportiva.

Sarà la primordionalità del gesto, fatto sta che la semplicità quasi invisibile di tale pratica è in grado di produrre un miglioramento della salute pressoché completo.

Innanzitutto bisogna considerare i benefici per i tre sistemi strettamente integrati 'del movimento' e cioè il complesso muscolo-scheletrico-articolare, quello cardiocircolatorio e quello respiratorio.

In modo dolce, semplice e naturale, la muscolatura viene tonificata, le tensioni muscolari dimi-



nuiscono e sono prevenute, tendini e legamenti diventano più resistenti, si mantiene o aumenta la densità ossea. Il cuore aumenta la propria forza e resistenza, migliora l'efficienza circolatoria sanguigna e linfatica. Aumenta la funzionalità respiratoria; le articolazioni maggiormente 'irrorate' si sciolgono. In termini patologici si attua una prevenzione di vari malanni comuni quali: stasi venosa (varici, gambe gonfie, ecc.), artrosi, problemi articolari, perdita del peso forma, spossatezza immotivata, incapacità di sostenere brevi sforzi.

Un'altra 'area' di funzioni organiche interrelate che trae vantaggio dal moto regolato più spontaneo a nostra disposizione è quella neurologica, metabolica e immunitaria.

In chi cammina regolarmente e regolatamente si verifica un miglioramento di tutti i processi meta-

bolici. I mitocondri aumentano di volume; migliora l'attività enzimatica dei muscoli; cresce la mioglobina; si riequilibra il rapporto fra HDL e LDL; i grassi vengono 'bruciati' con maggiore efficienza; è agevolata l'eliminazione dei radicali liberi; i muscoli riescono a depositare maggiori scorte di glicogeno; viene stimolata la produzione di interferone, interleukina-1, immunoglobuline, linfociti ed endorfine; aumenta l'apporto di ossigeno al cervello; migliorano le capacità sensoriali e percettive, la coordinazione, la concentrazione, le capacità di orientamento e memorizzazione.

Ecco alcune generiche e disordinate note sui benefici fondamentali apportati dallo sport più facile ed economico del mondo che può essere praticato da tutti ad ogni età.

In ultimo vogliamo solo aggiun-

gere una brevissima osservazione di natura prossemica (scienza che studia il linguaggio non verbale del corpo).

Il modo di camminare è 'spia' certa dello stato emotivo di una persona. Evidentemente questo primitivo gesto 'sportivo' risulta particolarmente influenzato dal sistema nervoso limbico (la parte più antica del nostro cervello).

Una camminata sana, sia biomeccanicamente che psicologicamente, deve però essere priva di questi difetti:

- oscillazioni eccessive laterali o frontali;
- asimmetrie trasversali o sagittali;
- incedere con violenza e frenesia;
- incedere con titubanza e fiacchezza.

(*) *Istruttore Federale di Nuoto*

La pratica allenante della camminata può essere effettuata in completa sicurezza tenendo sotto controllo il battito cardiaco. Nelle seguenti tabelle troverete le frequenze di allenamento ottimali per fasce d'età espresse in bpm.

Età	Frequenze:	100%	60%	75%	80%
20		200	120	150	160
25		195	117	146	156
30		190	114	143	152
35		185	111	139	148
40		180	108	135	144
45		175	105	131	140
50		170	102	128	136
55		165	99	124	132
60		160	96	120	128
65		155	93	116	124
70		150	90	113	120

Per un appoggio corretto del piede	Ogni passo deve essere eseguito poggiando il piede a partire dal tallone e a seguire tutta la pianta, con una leggera eccedenza sul bordo e la spinta conclusiva dell'alluce.
---	---

Per una postura corretta	Rispetto all'asse centrale il corpo non deve essere spostato in avanti (posizione lordotica) né all'indietro (posizione cifotica). Le spalle non devono essere tirate in su o all'indietro né cadere verso il basso o in avanti. Le braccia devono oscillare liberamente; i pugni non devono essere serrati; ginocchia morbide in fase di appoggio; il bacino asseconda il passo. Assoluta importanza nella guida dell'intera postura assume la posizione della testa, che deve essere perfettamente allineata con la schiena.
---------------------------------	--

Promosso ad ottobre il "World Arthritis Day"

Una "giornata" per il malato reumatico

Il 12 ottobre sarà la Giornata mondiale delle malattie reumatiche. Sono numerosi gli organismi che scenderanno in campo per portare all'attenzione dell'opinione pubblica le malattie reumatiche che solo in Europa colpiscono più di 100 milioni di persone

È noto che le malattie reumatiche sono molto diffuse nel mondo. In Europa, una recente indagine ha stimato che il numero dei pazienti affetti da queste malattie è di circa 100 milioni di persone, che rappresentano il numero più elevato rispetto a qualsiasi altra patologia ad evoluzione cronica. In Italia il 10% della popolazione (oltre 5 milioni) è colpita da affezioni reumatiche. Circa un quinto di questi sono affetti da malattie reumatiche gravi come l'artrite reumatoide (300mila casi), meglio conosciuta dai pazienti come artrite de-

formante per le gravi alterazioni che determina all'apparato locomotore. Al gruppo delle malattie reumatiche "gravi" appartengono anche la spondilite anchilosante, l'artrite psoriasica, le connettiviti. Fra le patologie reumatiche meno gravi spicca l'artrosi (circa 4 milioni di casi) che colpisce prevalentemente le persone anziane (circa il 40%).

La qualità di vita dei malati reumatici è del tutto insoddisfacente, tenuto conto di diverse problematiche quali quelle economico-assistenziali per il nucleo familiare al quale appartiene il

malato, psicologiche in quanto il paziente vede sempre più ridotta la sua autonomia funzionale e perché – specie se donna – il malato assiste impotente all'aggravarsi delle alterazioni estetiche del suo corpo.

Dinanzi ad una tale realtà, i più autorevoli organismi reumatologici del mondo hanno promosso per il 12 ottobre il World Arthritis Day la Giornata mondiale delle malattie reumatiche. In Italia l'Anmar-onlus (Associazione nazionale malati reumatici), che conta oltre 10mila iscritti nelle 20 associazioni regionali in cui si articola, organizza nella stessa data a Roma una conferenza stampa in cui verranno affrontati i temi della prevenzione della disabilità e la qualità di vita del malato reumatico, argomenti ai quali viene ancor oggi portata poca attenzione per una serie di pregiudizi quali quelli dell'ineluttabilità, nell'arco della vita, dell'insorgenza dei dolori reumatici ed anche per l'assenza di una drammaticità dell'esordio della malattia che è invece tipico di altre patologie.

Alla conferenza stampa organizzata dall'Anmar parteciperanno rappresentanti della reumatologia internazionale e nazionale, della Società italiana di reumatologia, del Collegio dei reumatologi ospedalieri ed esponenti del mondo politico. ■

**DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE VARIE MALATTIE REUMATICHE
E NUMERO DEI CASI COLPITI IN ITALIA
DATI AGGIORNATI AL 2004**

FORME MORBOSE	DISTRIBUZIONE % "STIMATA" SUL TOTALE DELLE MALATTIE REUMATICHE	NUMERO PRESUMIBILE DEI CASI DI MALATTIA
ARTROSI	69,2	3.900.000
REUMATISMI EXTRA-ARTICOLARI	12,5	700.000
SPONDILOENTESOARTRITI	8,5	480.000
ARTRITE REUMATOIDE	5,6	310.000
GOTTA	1,9	110.000
CONNETTIVITI	0,6	35.000
REUMATISMO ARTICOLARE ACUTO	-	500*
ALTRE REUMOPATIE	1,7	100.000
TOTALE	100,0	5.635.500
* cifra solo indicativa		

"Congressi, Convegni, Corsi"



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.



Riabilitazione - Linee guida

**Spasticità • Afasia • Disfagia • Mano artritica • Qualità della massa ossea
Movement Analysis • Antiche e nuove energie in medicina fisica**

5-6 dicembre, Hotel Ergife – Centro Congressi, via Aurelia, 617/619 Roma

Presidente del Congresso: Valter Santilli

5 Dicembre

I Sessione

Presentazione di problematiche cliniche in tema di spasticità e riabilitazione
EBR: la riabilitazione basata sull'evidenza nel trattamento della spasticità

II Sessione

L'esercizio terapeutico nel trattamento della spasticità

III Sessione

Presentazione di problematiche cliniche in tema di afasia

IV Sessione

Presentazione di problematiche cliniche in tema di disfagia

6 Dicembre

V Sessione

Presentazione di problematiche cliniche in tema di mano artritica

VI Sessione

Presentazione di problematiche cliniche in tema di LG nella diagnosi e trattamento
delle alterazioni della massa ossea

VII Sessione

EBR: riabilitazione basata sull'evidenza "movement analysis": presentazione di casi clinici

VIII Sessione

Antiche e nuove energie in medicina fisica e riabilitazione

Crediti ECM richiesti per le seguenti figure professionali: medici – fisioterapisti –
neuropsicomotricisti – età evolutiva – logopedisti – terapeuti occupazionali – tecnici ortopedici

Informazioni: Segreteria Organizzativa

INFOPLAN s.r.l. Tel. 06-7020590 06-70309842 Fax 06-23328293 cell. 339-4369166

web: www.formazioneconsostenibile.it

Segreteria Scientifica per l'accreditamento ECM:

MANAGEMENT s.r.l.

Tel. 06-7020590 06-70309842 Fax 06-23328293 cell. 339-4369166

e.mail: mail.management@virgilio.it

Regione Calabria – Azienda Ospedaliera

U.O. di otorinolaringoiatra e chirurgia cervico-facciale

Ghiandole salivari

22 ottobre, Palazzo del Consiglio Regionale della Calabria

via Cardinale Portonova Reggio Calabria

Direttore: dott. Vincenzo Gurrieri

Evento in fase di accreditamento ECM

Informazioni Segreteria: Ospedale Riuniti di Reggio Calabria

dott. G. Spanò, dott. P. Cannizzaro

Tel. 0965-397170 0965-397166 Fax 0965-397188 e.mail: vincenzogurrieri1@virgilio.it

Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" - Milano

Medicina complementare – Medicina allopatrica

2-3 dicembre, Sala Conferenze Azienda Ospedaliera

Ospedale San Carlo Borromeo Milano

Presidenza: dott. Giuseppe De Leo, prof. Emilio Minelli

Alcuni argomenti:

Agopuntura • Omeopatia • Omotossicologia • Fiori di Bach • Ipnosi • Terapia nutrizionale •
Intolleranze alimentari • Fitoterapia • Medicina legale e medicina complementare • Formazione in
agopuntura • Medicina cinese nelle strutture pubbliche • Sanità e medicina complementare •
Ricerca scientifica nelle medicine complementari • Studi clinici e studi osservazionali

In corso procedura accreditamento ECM

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott.ssa L. Merati Centro Medicina Psicosomatica

Azienda Ospedaliera Ospedale San Carlo

Tel. 02-40222863, e.mail: luimera@tin.it

dott.ssa M. Ramploud, rappresentante Ordine Medici Medicina Complementare

e.mail: m.ramploud@libero.it

Segreteria Organizzativa: Ufficio relazioni con il pubblico sig.ra Giovanna Feroldi

Tel. 02-40222708 Fax 02-40222557, e.mail: info@psicosomatica.scarlo.org

XII Workshop del Registro Italiano Pneumopatie Infiltrative Diffuse (RIPID)

Pneumopatie infiltrative diffuse

14 ottobre, Centro Congressi Azienda Ospedaliera, Parma

È stata richiesta l'assegnazione di crediti formativi ECM

Informazioni:

Segreteria Scientifica:

Alberto Pesci, Angelo Gianni Casalini

Segreteria Organizzativa:

Anna Fanti, e.mail: ann.fanti@tiscali.it

Vasculopatie periferiche ed ulcere trofiche, aspetti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, assistenziali, gestionali

21 ottobre, Castello Estense Sala dell'Imbarcadero Ferrara

Informazioni:

Segreteria Organizzativa:

dott.ssa Silvia Maina

Edizioni Medico Scientifiche

via Candido Viberti, 7 14141 Torino

Tel. 011-339508

Scuola di Chirurgia Laser

Chirurgia laser del cavo orale e otorinolaringoiatrica

20-21 ottobre, Istituto Nazionale Tumori Milano

Coordinatore: dott. Luigi Costa

Il corso sarà accreditato ECM ed è riservato ai primi 40 iscritti

Informazioni:

Segreteria, via Venezian, 1 20133 Milano

Tel. 02-23902523 (ore 12-13) Fax 02-23902194

e.mail: sclband@tiscali.it

sito web: www.scuolachirurgialaser.it





Società Italiana di Odontostomatologia Geriatria - Gruppo Geriatrico Genovese

Riabilitazione orale nell'anziano

22 ottobre, Salone dei Congressi Ente Ospedaliero Galliera Genova

Responsabile dell'evento: dott. Massimo Ragonesi

Informazioni: Segreteria Scientifica: dott. Claudio Ivaldi, dott. Massimo Ragonesi
Tel. 010-357407 e.mail: odontoiatrageriatr@libero.it

Sessuologia Clinica

Date: 21/22 ottobre 2005, 18/19 novembre, 16/17 dicembre, 13/14 gennaio 2006,
3/4 febbraio, 10/11 marzo, 31 marzo/1 aprile, 12/13 maggio

Sede: Ospedale San Carlo Borromeo - via Pio II, 3 - 20153 Milano

Durata: 130 ore formative in 8 sessioni di due giorni l'una (venerdì-sabato)

Comitato scientifico: dott.ssa M. Anzil, dott. R. Castellani, dott. R. Bernorio, dott. M. Buscaglia,
prof. W. Pasini, dott. R. Perris

Accreditamento ECM in corso

Valutazione conclusiva: Tramite colloquio in data: 13 maggio 2006

Informazioni: Segreteria Organizzativa: Divisione Ginecologia Ospedale San Carlo Borromeo
via Pio II, 3 - 20153 Milano Tel. 02-40222290 Fax 02-40222889

A.I.S.P.A. via Vincenzo Monti, 52 - 20123 Milano - cell. 333-9014987 sito web: www.aispa.it, e.mail: info@aispa.it

Video-chirurgia endoscopica del naso e dei seni paranasali

26-27-28 ottobre, Azienda Ospedaliera "S. Elia", v.le L. Monaco Caltanissetta

Direttori del corso: prof. Salvatore Restivo, prof. Alberto Dragonetti, prof. Giuseppe Amico

È stata richiesta l'assegnazione dei crediti formativi ECM

Informazioni: Segreteria Organizzativa: UO ORL Ospedale S. Elia Caltanissetta

Tel. 0934-559610-559497 Fax 0934-559613 - dott. B. Giunta, cell. 336-271688

dott. G. Palmeri, cell. 336-271689 e.mail: giancarlo.palmeri@libero.it

Ecografia cerebrale neonatale

20 ottobre, T Hotel Cagliari

Coordinatori: M. A. Marcialis, V. Marinelli, M. C. Pintus

Informazioni: Segreteria Organizzativa:

Biomedica s.r.l. - Silvia Terragni, via L. Temolo, 4 20126 Milano sito: www.biomedica.net

Tel. +39 02 45498282 int. 217 Fax +39 02 45498199, e-mail: silvia.terragni@biomedica.net

< Pubblicità >



Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo"

Ipnosi

28-29 ottobre 2005, 18-19 novembre, 16-17 dicembre

13-14 gennaio 2006, 10-11 febbraio

Sala conferenze Ospedale San Carlo Borromeo-Milano

Direzione: L. Merati, R. Weilbacher

In corso accreditamento ECM

Informazioni: Segreteria Scientifica:

L. Merati-Centro di Medicina Psicosomatica A.O. "San Carlo Borromeo"

via Pio II, 3 20153 Milano Tel. 02-40222863

e.mail: luimera@tin.it

Segreteria Organizzativa: sig.ra Roberta Iovino

Tel. 02-48700436 Fax 02-4048435

e.mail: info@psicosomatica.scarlo.org

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Metastasi polmonari

28 ottobre, Aula Magna Centro Servizi Facoltà di Medicina

e Chirurgia Policlinico Modena

Presidente: prof. Uliano Morandi

Informazioni: Segreteria Organizzativa:

Ufficio Formazione e Aggiornamento - Policlinico

Tel. 059-4224177 Fax 059-4224369 - e.mail: formazione.tutor@policlinico.mo.it

Segreteria Scientifica: dott. Alessandro Stefani (Chirurgia Toracica)

Tel. 059-4224110 Fax 059-360159 - e.mail: stefani.alessandro@unimo.it

Il Congresso è accreditato ECM ed è riservato a Medici e Infermieri.

L'iscrizione è gratuita e dovrà pervenire alla Segreteria Organizzativa entro il 15 ottobre, tramite modulo da richiedere alla stessa.

Chirurgia ad ultrasuoni

13 ottobre, Museo dell'Automobile Torino

Relatori: dott. C. Blus, dott. P. L. Floris,
dott.ssa M. C. Sacchi

Segreteria Organizzativa:

A.I.S.I. Tel. 051-4210755 Fax 051-4213987

e-mail: info@aisiitalia.com, www.aisiitalia.com

Dietoterapia dell'obesità

22-23 ottobre 5-6 novembre

Divisione Didattica VALET s.r.l. Bologna

Docente: dott. Giuseppe Sangiorgi Cellini

Programma didattico

Aspetti epidemiologici, fisiologici, eziopatologici, metabolici, clinici, dell'operatività professionale e terapeutici.

Durata del corso: 2 stages di 12 ore

ECM: Educazione Continua in Medicina

Informazioni: Segreteria Organizzativa:

VALET s.r.l. via dei Fornai 29/b

40129 Bologna

Tel. 051-6388334 Fax 051-326840

e-mail: info@valet.it

web site: www.valet.it

ANDI - III Congresso Interregionale Tosco Ligure

11-12 novembre, Hotel Principe di Piemonte

Piazza G. Puccini, 1 Viareggio (Lu)

Crediti Formativi assegnati n. 6

Informazioni:

dott. Massimo Fagnani

via del Brennero, 344 55100 Lucca

Tel. 0583-342457 cell. 349-0628337

Scuola di Specializzazione in Chirurgia Toracica dell'Università Cattolica di Roma

Cancro dell'esofago

4 e 5 novembre, Policlinico Gemelli Roma

I temi del corso: Classificazione; Stadiazione non invasiva ed invasiva; Complicanze in corso di stadiazione; La valutazione dei fattori di rischio; Le procedure Chirurgiche; Complicanze intra e post-operatorie; Terapie complementari e palliative; Trattamento delle recidive; Videoforum.

Informazioni: Segreteria Scientifica: dr.ssa Elisa Meacci Tel 06-30154106 Fax 06-3051162 e.mail: corsospecializzandi@yahoo.it

Segreteria Organizzativa: Servizio formazione permanente dr.ssa Simona Serafini Tel 06-30154074 Fax 06-3051732 e.mail: www.rm.unicatt/formazionepermanente

Azienda Sanitaria Locale SA/3

Medicina Interna

21-22 ottobre, Auditorium I.T.C. Sant'Arsenio (Sa)

Responsabile Scientifico: dott. Aldo Rescinito

L'evento formativo è riservato a n. 200 Medici e a n. 100 Infermieri, è inserito fra i progetti ECM per l'anno 2005 e prevede un ricco ed articolato programma scientifico.

Informazioni: Segreteria Organizzativa:

Maurizio Felicino Advertising via Annunziata 84037 Sant'Arsenio (SA)
Tel. 02-38596840 Fax 0975-398350, e.mail: maufel.adv@email.it

Scuola di Specializzazione in Gastroenterologia dell'Università di Bologna

Dimensione clinica dell'epatite B

4 novembre, Auletta Padiglione 5 "Nuove Patologie"

Policlinico S. Orsola-Malpighi Bologna

Accreditamento ECM in corso

Informazioni: Segreteria Organizzativa:

Progetto Meeting via De' Mattiuiani 4 40124 Bologna
Tel. 051-585792 Fax 051-3396122, e.mail: info@progettomeeting.it





Sezione Giovani Neurologi della SIN - Università di Lecce

Il Cervello e la bellezza, la nascita della neuroestetica

11 novembre, Palazzo Parlangei

Presidente del Convegno: prof. Domenico Fazio

Informazioni:

Presidente della Sezione Giovani Neurologi dott. Fabrizio Vinci, e-mail: fabriziovinci@yahoo.it

Eco-Color-Doppler e angioecografia con M.D.C.

novembre 2005 - aprile 2006, I Policlinico piazza Miraglia Napoli

Presidente: prof. U. Parmeggiani

Direttore del corso: prof. Luciano Tarantino

È stato richiesto accreditamento ECM

Informazioni: dott. Ignazio Sordelli cell. 338-5404037

e-mail: ignazio.sordelli@virgilio.it - prof. Luciano Tarantino e-mail: luciano_tarantino@fastwebnet.it

Dolore cronico ed acuto: farmaci e tecnologie

20-22 ottobre, Ospedale Oncologico Regionale - C.R.O.B. Centro di Riferimento
Oncologico della Basilicata - Rionero in Vulture

Relatori: Tufano R., De Leon O., Beltrutti D., Borrometi F., Costantini A., De Negri P., Mameli S., Nardi L. F., Nicotera G., Pulito G., Savoia G.

Alcuni argomenti: EBM e trattamenti antalgici invasivi; Terapia intratecale per il dolore cronico oncologico e non oncologico; Stimolazione midollare.

Informazioni: U.O. Anestesia, Rianimazione e Terapia antalgica

Tel. 0972-726419, e-mail: pdenegri@crob.it

Endovascular Therapy: Head and Neck

27 ottobre, Aula Magna - Istituto Ortopedico

"Galeazzi" via Riccardo Galeazzi 4 Milano

Presidente Onorario: prof. Roberto Weinstein

Direttori del convegno: dott. Gianpaolo Cornalba, dott. Franco Perona

ECM: Medici Radiologi, Chirurghi Vascolari e Cardiologi.

Informazioni: Segreteria Organizzativa:

KEYWORD Europa sig.ra Nicoletta Zerbi

via Benvenuto Cellini 4 20129 Milano

Tel. 02-54122513 Fax 02-54124871,

e-mail: keyword2@mdsnet.it

sito web: www.keyword-europa.it

Convegno ANDI Liguria

15 ottobre, Starhotel President

Corte Lambruschini Genova

Crediti Formativi assegnati n. 3

Informazioni:

TOTEM eventi

Tel. 0185-370204 Fax 0185-368684

e-mail: segreteria@totem-adv.com

Attività motoria e sport nell'età evolutiva

28-29 ottobre Pescara Montesilvano

Hotel Adriatico,

viale Maresca Montesilvano (PE)

Presidenti:

Giuseppe Saggese, Giorgio Santilli, Leonardo Vecchiet

Sono richiesti crediti ECM

Informazioni: Segreteria Organizzativa:

OMNIA Meeting & Congressi via Torino, 29

00184 Roma - Tel. 06-4871366 Fax 06-4815339

XVIII Congresso Nazionale

Associazione Italiana di Medicina Aeronautica e Spaziale

30 novembre 1-2 dicembre, Palazzo Barberini Roma

Nel 53° anniversario dell'associazione verranno trattati argomenti medico scientifici nel campo delle aviazioni militare, civile e dello spazio. Interverranno partecipando al dibattito col bagaglio delle loro esperienze gli astronauti italiani.

È in corso accreditamento ECM

Informazioni: info@aimas.it

Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Master in Agopuntura clinica

Anno Accademico 2005-2006

Scadenza iscrizioni 12 novembre 2005.

ECM assolti per i 3 anni del Master

Informazioni: www.uniroma2.it (area didattica – Master 2° livello)

Segreteria Scientifica: Tel. 06-5816789

Dermocosmetologia medica e chirurgica

9-12 novembre, Centro congressi Grand Hotel Billia Saint-Vicent

Presidente del congresso: prof. Ruggero Caputo

Comitato Scientifico: prof. Ruggero Caputo, prof. Stefano Calvieri, prof. Leonardo Celleno, prof.ssa Antonella Tosti

Segretari Scientifici: dott. Antonino Di Pietro, dott. Massimo Signorini
Richiesti i crediti ECM

Coordinatore Scientifico: dott. Riccarda Serri

Informazioni: Segreteria Organizzativa:

sig.ra Annamaria Persivale

TAU Viaggi Via B. Eustachi 19 20129 Milano Tel. 02-29515529 Fax 02-29531130

e.mail: annamaria@tauviaggi.it

sito web: www.incontridermoscometologia.it





8° Congresso Nazionale

Società Italiana di Chirurgia Genitale Maschile

10-12 novembre, Roma

Presidente: prof. Giovanni Alei

Eventi Integrati:

2° Corso Internazionale di chirurgia in diretta

3° Incontro di andro-sessuologia

ECM: l'8° Congresso Nazionale S.I.C.G.E.M. parteciperà al Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina promosso dal Ministero della Salute.

Informazioni: Segreteria Scientifica: dott. Piero Letizia Dipartimento di Urologia "U. Bracci" Policlinico Umberto I Viale del Policlinico, 155 00161 Roma
cell. 339-8083913,
e.mail: sicgem@libero.it

Ausili on line all'aggiornamento medico

11-12 novembre, Roma

Il corso, limitato ad un massimo di 20 allievi e a carattere pratico, è organizzato con 10 postazioni di PC, uno ogni due discenti, tutti collegati ad Internet, tramite una linea a larga banda (ADSL). Ogni allievo potrà direttamente navigare sul proprio PC ed applicare in tempo reale gli insegnamenti che i docenti illustreranno durante il corso.

Richiesti i crediti ECM

Informazioni: www.tpsproduction.com, e.mail: info@tpsproduction.com

Laser Florence 2005

10th – 12th november,

Villa Viviani Convention Center

viale G. D'Annunzio Florence

Medicine and Surgery, Biology, Veterinary, Optics, Physics, Engineering

President: L. Longo, MD

Program Chairpersons: K. Khatri, V. Oswal,

M. L. Pascu, W. Waidelech

Information: I.L.M.

Borgo Pinti, 57 50121 Firenze

Tel. +39 055 2260619 Fax +39 055 39069632

e.mail: info@laserflorence.org

Università Cattolica del Sacro Cuore

Flebologia chirurgica

A. A. 2005/2006 2006/2007

Direttore: prof. Gregorio Cina

Scadenza domande di ammissione: 30 novembre

Informazioni:

Tel. 06-30155840 Fax 06-30155846

e.mail: master.corsi@rm.unicatt.it www.rm.unicatt.it/master

prof. Gregorio Cina

Tel. 06-30156127 Fax 06-30155951

cell. 335-6571968, e.mail: g.cina@rm.unicatt.it

Centro Tutela Infanzia Adolescenza Maltrattata

Perizia psicologica sul minore

Sede del corso: presso TIAMA, via Pacini, 20 Milano

Il corso si articola in 10 giornate,
nel periodo 4 novembre '05 - 20 aprile '06

per un totale complessivo di 65 ore

Informazioni: Segreteria Organizzativa:

Centro TIAMA via Pacini 20 20131 Milano

Tel. 02-70633381 Fax 02-70634866

e.mail: tiama@galdus.it, sito: www.centrotiama.it

Scuola E.A.R.T.H

Technician, comunicazione e costruzione della realtà soggettiva

29-30 ottobre: I Modulo: Viaggio all'interno di sé

19-20 novembre: II Modulo: Ascoltando ed osservando il mondo

17-18 dicembre: III Modulo: Oltre i limiti

28-29 gennaio: IV Modulo: Linguaggio del cambiamento

Docenti: Terry Bruno, Silvio Spicacci MinerviniIl Corso si terrà presso il Circolo Montecitorio - Via Campi Sportivi, 5 - Roma
ECM accreditato: n. 50 crediti formativi**Informazioni:** EARTH - European Agency for Relationship and Training Holistic
piazza Mazzini, 27 - Roma cell. 340-5895775 328-6146431 Fax 06-3319342
e.mail: paola.mei@libero.it - terebrun@tin.it - <http://www.earth-nlp.com>
e.mail: info@earth-nlp.com

IX Congresso Nazionale della Società Italiana di Ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza

Pediatra e ginecologo: un approccio sinergico

10-12 novembre, Hotel Michelangelo via Scarlatti, 33 Milano

Presidenti: G. Chiumello, L. Fedele, T. Motta

Il Congresso rientra nella normativa che regola l'ECM.

Informazioni: Segreteria Scientifica:

G. Russo - Centro di Endocrinologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Università Vita-Salute San Raffaele e.mail: russo.gianni@hsr.it

A. D'Alberton - Prima Clinica Ostetrica e Ginecologica, Clinica Mangiagalli

Università degli Studi di Milano e.mail: alberto.dalberton@unimi.it

Segreteria Organizzativa: Centro Italiano Congressi - Corso Trieste, 42 00198 Roma

Tel. 078412673 Fax 06 8412787 e-mail: g.salvati@gruppocic.it

Il Congresso on-line: sito: www.centroitalianocongressi.it

Centro Militare di Medicina Legale - Padova

Emergenze sul campo di battaglia

13-14-15 ottobre, CMML Padova

via S. G. di Verdara 123 Padova

Presidente del corso: Magg. Gen. Federico Marmo**Coordinatore organizzativo:**

Col. me Giacomo Mammana

È stata richiesta l'assegnazione dei crediti formativi ECM per medici, psicologi ed infermieri.

Informazioni: Segreteria Organizzativa:

M.llo Ord. ip Marco Bortone Tel. 049-8738213 Fax 049-8715462

e.mail: segreteriaecm@centromilitaremedicinalegale.191.it

Segreteria Scientifica: Col. me G. Mammana

Magg. me S. Garofalo Tel. 049-8738170

Tecniche Iniettive Avanzate

18 novembre, Divisione Didattica VALET s.r.l. Bologna

Docente: dott. Claudio Trainotti

ECM: Educazione Continua in Medicina - evento accreditato 6 punti

Alcuni argomenti:

Quindici anni di iniettabili: revisione critica dei prodotti;

Il paziente evoluto: integrazione medico estetico-estetista-chirurgo plastico-cosmetologia-

menagement; Acido ialuronico: considerazioni, vantaggi e critiche; Collagene obsoleto

o...insuperabile; Tecnica di pavimentazione delle zone con scarso trofismo cutaneo

Durata: 1 stage di 8 ore**Informazioni: Segreteria Organizzativa:**

VALET s.r.l. via dei Fornaciai 29/b 40129 Bologna Tel. 051-6388334 Fax 051-326840

e.mail: info@valet.it, web site: www.valet.it

ANSISA - Scuola di Medicina Carnaghi Brusadori

Allergie e Intolleranze Alimentari

15 ottobre, Polo Scientifico Tecnologico Lombardo Busto Arsizio (Va)

Informazioni: Segreteria Scientifica: dott. Paolo Genoni

via Alba, 15 bis Busto Arsizio (Va) cell. 335-6860223, e.mail: paologenoni@libero.it

Segreteria Organizzativa: ANSISA via Ornato, 7 20162 Milano

Tel. e Fax 02-6436788, e.mail: ansisa@iol.it





Università di Roma "La Sapienza"

Economia e Management Sanitario

Direttore: prof. Antonio Boccia

Anno Accademico 2005/2006 - Scadenza per la presentazione delle domande è il 30 novembre 2005

Informazioni: Segreteria didattica:

Ausilia Pulimeno e dott.ssa Maria Rosaria Vacchio

Centro Didattico Polifunzionale, Sezione di Medicina Clinica e Sanità Pubblica

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia Università di Roma "La Sapienza",

viale Regina Elena, 324 00161 Roma Tel. 06-49970251 Fax 06-4958348

e.mail: rosaria.vacchio@uniroma1.it - www.uniroma1.it/medicina1/doc/CorsoAltaFormOspedale.pdf

www.uniroma1.it/medicina1/doc/CorsoAltaFormTerritorio.pdf

Integrated Biomarkers

October 27-29, Lugano (Switzerland)

Co-Chairs: O. J. Bjerrum (Denmark), V. Fuster (USA), R. Paoletti (Italy)

Scope of the Course: To verify and endorse the knowledge of and the experience in the combined use of the predictive value of integrated biochemical and bioimaging markers in the clinical decision making and in the drug development in the cardiovascular diseases.

Information: Scientific Organizing Secretariat: Biomarkers 2005 Fondazione Giovanni Lorenzini via A. Appiani 7 20121 Milan (Italy) Phone: +39-02-29006267 Fax +39-02-29007018 e.mail: biomarkers@lorenzinfoundation.org, website: www.lorenzinfoundation.org

Università di Roma "La Sapienza"

Medicina Tradizionale Cinese, Medicina e Riabilitazione

Percorsi formativi in: agopuntura, farmacologia, fitoterapia, moxibustione, medicina manipolativa, stimolazione elettrica, coppettazione, massaggio.

Domanda di ammissione: entro il 12 dicembre

Durata annuale: 10 stage (di 4 giorni l'uno)

Informazioni Segreteria: Dipartimento di Scienze dell'Apparato Locomotore p.le Aldo Moro, 5 00185 Roma Tel. 06-4462630 Fax 06-491703

Informazioni di tipo scientifico: e.mail: valter.santilli@uniroma1.it
sito: <http://www.uniroma1.it/studenti/laureati/master/default.asp>

Programmazione Neurolinguistica e Comunicazione

I Modulo: Credenze e valori 15-16 ottobre 2005

II Modulo: I metaprogrammi 5-6 novembre

III Modulo: Le metafore 3-4 dicembre

IV Modulo: La missione 14-15 gennaio 2006

V Modulo: La time line: programmare il futuro 11-12 febbraio

VI Modulo: Ristrutturazione del contenuto 11-12 marzo

VII Modulo: Nuclei profondi del sé 8-9 aprile

Sede: Circolo Montecitorio Via Campi Sportivi, 5 Roma

Docenti: Terry Bruno, Silvio Spicacci Minervini

Corso ECM accreditato: n. 50 crediti formativi

Informazioni: EARTH - European Agency for Relationship and Training Holistic
piazza Mazzini, 27 Roma

cell. 340-5895775 328-6146431 Fax 06-3319342

e.mail: paola.mel@libero.it, terebrun@tin.it

<http://www.earth-nlp.com>,

e.mail: info@earth-nlp.com

International Meeting on Anomalies of Sex Differentiation

24-26 aprile 2006, Sala Conferenze Camera dei Deputati - Palazzo Marini, Roma

Main topics:

Genetics of sex differentiation; Normal and abnormal gonadal development; Pre and postnatal diagnosis; Environmental influences on sexual differentiation; Follow up of individuals with intersex disorders; New insights in the defects of sex differentiation: male pseudo-hermaphroditism, female pseudo-hermaphroditism, true hermaphroditism, gonadal dysgenesis; Management and follow-up of individuals with intersex disorders; Surgery: vaginal and penile replacement in childhood.

Deadline for abstracts submission: January 30-2006

Scientific Committee:

prof. Paola Grammatico; dott.ssa Silvia Majore;

dott. Giacinto Marrocco; dott. Gianantonio Manzoni

Conference Secretariat:

Promoarch Eventi

viale Parioli, 27 00197 Roma

Tel. 06-80687191 06-80691641

e.mail: centroservizi@promoarch.it sito web: www.promoarch.it

Angiologia e Diagnostica Vascolare

28-29 ottobre, Aula Didattica Scuola Militare di Sanità Aeronautica

viale P. Gobetti, 2a Roma

Direttore del corso: M. Corsi

Responsabile Scientifico: G. Belcaro

Assegnati 16 crediti ECM

Informazioni: Segreteria Scientifica e Organizzativa

Associazione Medico-scientifica ULTRAVAS

piazzale del Caravaggio, 6 - 00147 Roma

cell. 347-7799834, e.mail: amsultravas@hotmail.com

Università di Roma "La Sapienza"

Medicina manuale, metodiche posturali e tecniche infiltrative in riabilitazione

Argomenti:

Semeiotica specialistica, algie vertebrali, manipolazioni vertebrali, infiltrazioni intrarticolari e intramuscolari, mesoterapia, stretch and spray, ossigeno-ozono-terapia e metodiche posturali.

Domanda di ammissione: entro e non oltre la data del 12 dicembre

Durata annuale: 10 stage (di 4 giorni l'uno) - Roma

Informazioni: Segreteria

Dipartimento di Scienze dell'Apparato Locomotore

p.le Aldo Moro, 5 00185 Roma

Tel. 06-4462630 Fax 06-491703

Informazioni di tipo scientifico: e.mail: valter.santilli@uniroma1.it

sito web: <http://www.uniroma1.it/studenti/laureati/master/default.asp>



a cura di
Maria Rita
Montebelli

LA PAZZIA DI RE GIORGIO III

Potrebbe essere stata la porfiria a causare la celeberrima 'pazzia' di re Giorgio III d'Inghilterra. A sospettarlo sono i ricercatori del *Dana-Farber Cancer Institute* di Boston che hanno scoperto una molecola chiave per lo sviluppo di questa malattia. Si tratta del PGC-1 alfa, un "coattivatore trascrizionale" che funziona da interruttore per una serie di geni implicati nel metabolismo epatico del glucosio. La porfiria è una rara malattia ereditaria, causata da mutazioni dei geni implicati nella sintesi dell'eme, il trasportatore dell'ossigeno contenuto nell'emoglobina. Per la costruzione dell'eme sono necessari ben otto enzimi; basta che uno di questi sia alterato da una mutazione per bloccare il processo di sintesi e determinare un accumulo di precursori tossici. La porfiria può presentarsi con un cor-

teo di segni e sintomi molto variegato, comprendente anche manifestazioni psichiatriche. Giorgio III, il sovrano inglese fa-



Giorgio III

moso soprattutto per aver causato, grazie alla sua delirante intransigenza, la secessione di 13 colonie americane, potrebbe essere stato vittima di questa insidiosa malattia. All'inizio dell'anno, *Lancet* pubblicava l'annuncio del ritrovamento di tracce di arsenico nei capelli del re. E l'arsenico, che paradossalmente era stato somministrato al monarca come rimedio per la nausea che lo tormentava (altro indizio di porfiria?), può scatenare un attacco di porfiria; ciò spiegherebbe tra l'altro l'esordio tardivo di questi sintomi nello sfortunato re del '700, di recente immortalato anche da Alan Bennett in un gustoso libricino.

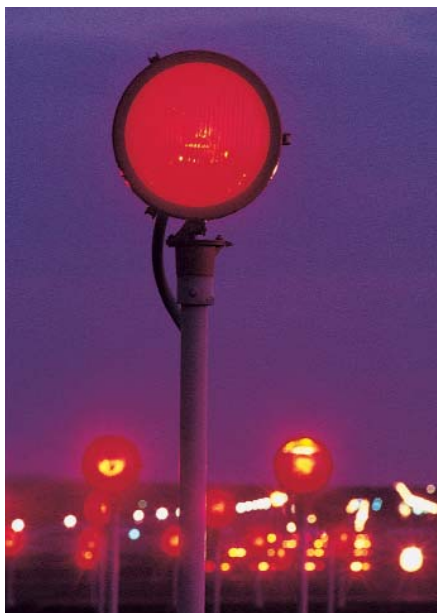
(Fonte: *Cell*, 26 agosto 2005 Vol 122, 505-515 "PGC-1 Regulates Heme Biosynthesis in Porphyria" (Alan Bennett, *La pazzia di re Giorgio*, Adelphi 1996)

ARTRITE E QUALITÀ DI VITA

I notevoli progressi compiuti dalla ricerca scientifica negli ultimi anni hanno consentito l'individuazione di alcune molecole che giocano un ruolo di prim'ordine nella patogenesi dell'artrite reumatoide (AR): un ruolo chiave nel processo infiammatorio cronico lo svolgono l'interleuchina 1 (IL-1) e il fattore di necrosi tumorale alfa (TNF-alfa). Ciò ha permesso di "costruire" dei farmaci in grado di bloccare in maniera selettiva e specifica tali molecole. L'introduzione di questi farmaci – in particolare degli agenti aventi come bersaglio il TNF-alfa – nella terapia dell'AR e di alcune spondiloartropatie, ha drammaticamente cambiato il concetto di cura di queste patologie croniche che colpiscono lo 0,5-1% della popolazione mondiale. A differenza dei farmaci convenzionali in grado di modificare il decorso naturale della malattia (DMARDs), gli anti-TNF-alfa si sono dimostrati molto più rapidi nell'induzione della remissione clinica: minor numero di articolazioni dolenti e tumefatte, negativizzazione degli indici di flogosi, riduzione dell'astenia, notevole miglioramento della qualità della vita dei pazienti. I farmaci biologici, inoltre, rallentando o addirittura bloccando la formazione di nuove erosioni articolari responsabili delle deformità, sono in grado di prevenire l'anchilosi ossea e quindi la disabilità. Il primo anticorpo monoclonale totalmente umano – l'adalimumab – è in grado di bloccare selettivamente e con alta affinità il TNF-alfa ed è sintetizzato *in vitro* da colture cellulari che utilizzano sequenze geniche umane. Numerosi studi randomizzati e controllati verso placebo ne hanno dimostrato la sicurezza e l'efficacia nei pazienti affetti da AR di

media-severa gravità; in particolare lo studio STAR (*Safety Trial of Adalimumab in Rheumatoid Arthritis*) condotto su 636 pazienti affetti da AR, appena presentato al summit europeo di reumatologia 'EULAR 2005' di Vienna, ha dimostrato la sicurezza e l'efficacia dell'adalimumab in aggiunta alla terapia antireumatica standard, che risultava inadeguata nel controllare i segni e i sintomi della malattia (tale terapia era costituita da vari DMARDs, corticosteroidi, FANS, analgesici). Inoltre in uno studio condotto su 619 pazienti allo scopo di valutare l'inibizione della progressione radiologica, il farmaco si è dimostrato più efficace rispetto al placebo, nel ritardare la comparsa di nuove erosioni. Sulla base dei risultati confermati dopo 2 anni di trattamento, in uno studio di estensione, l'EMA ha recentemente approvato 2 nuove indicazioni in Europa: inibizione della progressione radiologica e miglioramento della funzionalità fisica. La sua sicurezza e l'efficacia nel controllare l'AR e nell'indurre la remissione clinica sono state documentate anche a lungo termine in studi della durata di più di 5 anni. Attualmente sono in corso studi di fase III per la cura di alcune spondiloartriti (artropatia psoriasica, spondilite anchilosante), della poliartrite reumatoide giovanile, delle malattie croniche infiammatorie intestinali e per la cura della psoriasi. Nei pazienti affetti da AR che non rispondono (o che sono intolleranti) alla terapia con i DMARDs, l'adalimumab viene somministrato al dosaggio di 40 mg per via sottocutanea una volta ogni 14 giorni.

(Fonte: 'EULAR 2005', Vienna, 8-11 giugno 2005)



CERVELLO E DEMENZA

Tenere bassa la pressione arteriosa riduce il rischio di lesioni cerebrali. Danni che, accumulandosi nel tempo, alterano le funzioni intellettive, favoriscono le demenze e le turbe motorie. A scoprirlo un gruppo di ricercatori franco-australiani che pubblicano lo studio su *Circulation*. Gli studiosi si dicono convinti che i risultati della ricerca potrebbero avere importanti conseguenze nella prevenzione delle malattie neurologiche legate all'età.

I ricercatori, in particolare, sperano di trovare soluzioni per l'invecchiamento accelerato osservato in molti ipertesi, l'80% degli ultrasessantacinquenni. Le lesioni cerebrali non hanno conseguenze cliniche immediate, come avviene per le lesioni da ictus. Ma le aggressioni progressive ai piccoli vasi cerebrali, legati alla pressione alta, aumentano i rischi di alterazioni delle funzioni cognitive e motorie, e fanno anche crescere i rischi di depressione. Le lesioni, inoltre, si riscontrano praticamente in tutti gli anziani ipertesi.

BOCAVIRUS, NUOVO MICROBO 'TAGLIA-RESPIRO'

La salute dei bimbi ha un nemico in più: il bocavirus umano, un germe finora sconosciuto che può causare gravi infezioni respiratorie nei più piccoli. A scoprire e battezzare il nuovo microrganismo è stato un gruppo di scienziati svedesi del Karolinska Institutet di Stoccolma, in uno studio pubblicato su *'Pnas'*.

L'equipe svedese ha esaminato un campione di 540 bambini ricoverati in un reparto ospedaliero di Pediatria, individuando il bocavirus come responsabile di 17 casi di infezione. La ricerca dimostra che la medicina moderna sa ancora poco sull'origine della maggior parte delle infezioni respiratorie. Concorde un team indipendente di esperti californiani che ha calcolato, infatti, di poter identificare la causa di meno del 40% dei virus che colpiscono i propri pazienti.

FUNZIONA IN FRANCIA L'AUTO ANTI-SBRONZA

Funziona l'auto anti-sbronza, sperimentata per due anni in Alta Savoia (Francia) contro gli incidenti stradali causati dal consumo di alcol. La regione francese ha puntato su un dispositivo tecnologico particolare: un etilometro montato sulla vettura. Quando il conducente si siede al volante per azionare l'accensione è costretto a soffiare nell'apparecchio, e se ha bevuto troppo l'automobile non parte.

Trentotto automobilisti, 30 uomini e 8 donne precedentemente arrestati in stato di ebbrezza al volante, hanno provato il meccanismo. E i risultati, divulgati nei giorni scorsi, sono stati sorprendenti, secondo Charles Mercier-Guyon, il medico che ha diretto la ricerca "I 38 sperimentatori, tra i 44 e i 55 anni - ha spiegato - non hanno avuto alcun incidente. Non solo. Hanno cambiato le loro abitudini rispetto all'alcol e ci sono arrivati anche i complimenti dei loro parenti e amici".



CUORE: DONNE PIÙ A RISCHIO



I problemi di cuore uccidono più le donne degli uomini (55% contro 43%). Ma solo una donna su 10 lo sa. Il 60% ha più paura del cancro, perché è convinta che siano i tumori il primo killer del gentil sesso. L'appello alla prevenzione cardiovascolare 'in rosa' viene dal congresso dell'European society of cardiology.

ZINCO 1 VOLTA A SETTIMANA

Basta una dose settimanale di zinco, semplice da somministrare e poco costosa, per salvare la vita di molti bambini nei Paesi in via di sviluppo. L'integrazione, sotto forma di sciroppo, può infatti evitare molti casi di morte dovuti a polmonite o, anche se in misura minore, a diarrea tra i piccoli con meno di due anni. Lo ha dimostrato uno studio del centro internazionale di ricerca sulle malattie diarroiche di Dacca (Bangladesh) e pubblicato sulla versione on line di *Lancet*.



Il periodo migliore per visitarlo è quello che corrisponde al nostro inverno. La Table Mountain nel centro di Cape Town



Il Capo di Buona Speranza

Com'è bello il Sudafrica!

Testo e foto
di Mauro Subrizi

DA CAPE TOWN AL KRUGER NATIONAL PARK

Un decennio dopo la fine dell'Apartheid, il Sudafrica sta ancora cercando la propria identità. Anche se le divisioni razziali si sono dissolte, le sue ombre incombono ancora inquietanti: alla periferia delle città, eleganti quartieri residenziali e deprimenti baracche in lamiera distano solo pochi minuti gli uni dalle altre, e gruppi relativamente vicini vivono vite parallele separate e qualitativamente molto differenti. È difficile dare un quadro unitario della vita quotidiana che si conduce nel Paese. Ora che il vecchio regime non esiste più, alcuni bianchi provano ancora un senso di paura e di perdita di prerogative. Molte famiglie ricche e appartenenti alla classe media vivono in case blindate e trascorrono il tempo libero in centri commerciali ugualmente fortificati. La vita è molto diversa per milioni di sudafricani che si trovano costretti ancora a convivere in abitazioni minuscole. Bisogna però tener presente che, per quanto la criminalità e la delinquenza continuino ad occupare le prime pagine dei giornali e a minare la reputazione del Sudafrica quale me-

ta turistica, è importante mantenere il senso delle proporzioni. Il Sudafrica appartiene all'Africa australe, e quindi il periodo migliore per visitarla è quello che corrisponde al nostro inverno: se foste costretti a recarvi tra luglio ed agosto – come ho dovuto fare io – munitevi di giacca a vento e scarponi.

Cape Town, la torre dell'orologio



CAPE TOWN

Cape Town gode di una delle posizioni più incredibili del mondo. Poche altre città possono vantare la **Table Mountain**, una montagna alta 1075 metri in pieno centro. Nonostante le contraddizioni illustrate precedentemente, gli abitanti di Cape Town sono simpatici e di mentalità aperta. Come la maggior parte delle città portuali, Cape Town è estremamente accogliente, il livello qualitativo delle strutture ricettive è molto elevato, mentre i bar ed i ristoranti non hanno nulla da invidiare a quelli delle grandi città europee. L'offerta di musica è varia e vivace.

I numerosi edifici vittoriani ornati da balconi di ferro battuto rendono **Long Street** la via più bella di tutto il City Bowl. Piena zeppa di librerie specializzate in volumi usati, questa strada si sta facendo conoscere anche per i negozi di abbigliamento, che si rivolgono ai giovani che di notte ne affollano i locali ed i bar. Questa strada un tempo era parte integrante del quartiere islamico della città e lo testimoniano la presenza di alcune vecchie moschee. City Bowl, il centro commerciale della cit-

tà, è stretto tra la Table Mountain, Signal Hill ed il porto. Spostandovi dal centro con un taxi con 50 Rand raggiungerete la funicolare per la cima del **Table Mountain National Park**. I panorami che si possono ammirare dalla cabina della funicolare e sulla vetta sono veramente magnifici. In cima ci sono diversi negozi, un caffè ed alcuni sentieri piuttosto agevoli che consentono di fare gradevoli passeggiate. La funicolare non è in funzione quando spirano venti particolarmente impetuosi. Il lungomare **Victoria & Albert Waterfront**, denominato da tutti semplicemente Waterfront, è uno dei luoghi turistici più frequentato della città, vantando una lunga serie di ristoranti, bar, negozi e cinema. Al molo è attraccata un'imbarcazione che offre la possibilità di fare una crociera nel porto. Il fascino di Waterfront deriva in gran parte dal fatto di essere rimasto comunque un porto funzionante. Dalla torre dell'orologio è possibile imbarcarsi per Robben Island, proclamata nel 1999 dall'UNESCO patrimonio dell'umanità. È un luogo da non perdere assolutamente. Utilizzata come prigione negli anni dell'Apartheid, **Robben Island** ha vantato tra i suoi involontari abitanti **Nelson Mandela**. Aggirandovi per l'isola avrete modo di apprendere molto di quanto è accaduto ai prigionieri, in quanto sarà uno di loro a guidarvi nella visita. Normalmente la visita prevede un percorso attraverso la vecchia prigione e un tragitto in autobus sull'isola. Per andare verso il Capo di Buona Speranza vi consiglio di percorrere la **Chapman's Peak Drive**. Strada che è stata riaperta nel 2003 tra le polemiche degli ambientalisti che contestavano le misure prese dalle autorità contro le frane di roccia. Nonostante questo problema (e i 20 Rand di pedaggio), Chapman's Peak Drive rimane uno dei tratti di strada costiera più spettacolari del mondo.

Cape of Good Hope. Al Capo di buona Speranza si può passare una giornata molto rilassante,

godendo il suo magnifico panorama, le sue spiagge deserte e le sue bellissime passeggiate. Prendendo parte ad una delle tante escursioni che fanno tappa in questa riserva naturale, oggi parte integrante del Table Mountain National Park, vi fermerete davanti al centro di informazioni turistiche e proseguirete a piedi sino a Cape Point. Ricordatevi di non dare da mangiare ai babbuini: possono diventare aggressivi.

JOHANNESBURG

La maestosa Johannesburg, con il suo dinamismo e le sue carenze, è oggi una metropoli ricca di fascino che concentra, nella sua dimensione multirazziale, gli aspetti migliori e peggiori dell'Africa odierna.

La fama negativa che questa città ha avuto in passato è stata, purtroppo, molto duratura. L'immagine della città trasmessa dai media corrispondeva, infatti, a quella di una Johannesburg dominata dalla paura. Una metropoli in cui la spirale della violenza e della povertà era rappresentata da una comunità spaccata in due. Ancora oggi è possibile cogliere nettamente le disuguaglianze sociali: i ricchi quartieri settentrionali come Melville e Sandton sfoggiano lussuosi centri commerciali, ristoranti alla moda e cancelli automatici. Mentre la gran parte della popolazione vive in condizioni da terzo mondo. La città tuttavia sta rapidamente migliorando e si assiste ad un processo di rigenerazione sociale. Si è costituita una borghesia nera che sempre più massicciamente si trasferisce nei quartieri ricchi, un tempo popolati esclusivamente dai bianchi. Il centro della città ha subito un profondo degrado intorno alla metà degli anni '90 quando molte delle attività commerciali dei bianchi si sono trasferite nei sobborghi settentrionali. Non è consigliabile da attraversare a piedi.

SOWETO

La township è oramai un percorso turistico consolidato e gran parte degli abitanti accetta di buon grado l'attenzione che il mondo sta dimostrando nei confronti della comunità. Soweto è il vero monumento alla segregazione razziale.

Oggi, secondo le stime locali conta 4 milioni di persone, e la popolazione vive in baracche di metallo nella povertà più disperata. L'unico modo per visitare Soweto è affidarsi ad una visita guidata. Ogni albergo è in grado di organizzarle.

KRUGER NATIONAL PARK

Il Kruger è uno dei parchi naturali più famosi del mondo, nonché una delle aree di conserva-



Veduta di Soweto

zione più grandi e più antiche. Si estende ad est lungo il confine con il Mozambico, mentre i confini occidentali e meridionali sono segnati rispettivamente dalla provincia di Limpopo e dal Mpumalanga. Il parco si estende su una superficie di circa due milioni di ettari. L'idea di istituire un parco fu di Paul Kruger, ultimo presidente della Repubblica Boera, che alla fine dell'800 decise di creare una zona protetta. All'interno dell'area vivono 30.000 zebre, 13.000 gnu, 15.000 bufali, 7.500 elefanti, 2.400 ippopotami, 2.000 rinoceronti bianchi e neri, 5.000 giraffe, 2.000 leoni e 900 leopardi. ■



Pianta tossica ma non letale

Il primo ad occuparsi della digitale fu Leonhard Fucs: scelse questo nome per la forma dei fiori che somigliano ad un ditale

di **Carolina Bosco Mastromarino**

DIGITALE

(*Digitalis purpurea* fam. *Scrophulariaceae*)

La digitale è una pianta erbacea biennale con una radice a fittone; nel primo anno produce un ciuffo di foglie basali disposte a rosetta, nel secondo un fusto florale alto circa un metro nelle piante spontanee, più alto nelle varietà coltivate. Tutta la pianta è ricoperta di morbidi peli che le conferiscono un aspetto biancastro. Le foglie basali hanno il picciolo corto, il lembo ovoidale e rugoso, il margine ondulato. I fiori, disposti a spiga sull'asse florale, sono rivolti verso il basso, la corolla è di colore rosso-violaceo nelle varietà spontanee e vario in quelle coltivate, l'interno è macchiettato di scuro. Il frutto è una capsula che si apre in due valve contenente numerosi semi. Tutta la pianta, in modo particolare le foglie durante la fioritura, contiene saponine e glucosidi che possono essere, a seconda delle dosi, tossici o curativi.

Non è facile trovare in Italia una pianta di digitale che non sia coltivata, ad eccezione della Sardegna e della zona alpina. Questa pianta vegeta, invece, spontanea sulle montagne dell'Europa atlantica, ama i terreni silicei e la vicinanza delle conifere. La digitale non fu conosciuta né dai Latini né dai Greci. Il primo ad occuparsene fu Leonhard Fucs (1542) che la chiamò *Digitalis* per la forma dei suoi fiori

che somigliano ad un ditale.

La digitale, infatti, rappresenta il simbolo del lavoro femminile, mentre il colore rosso dei fiori è il simbolo dell'ardore amoroso. Il poeta Pascoli l'ha immortalata nella poesia "Attrazione mortale", in cui una donna parla dell'incontro con quei "fiori di morte" che "hanno come un miele che bagna l'anima di un oblio dolce e crudele". Nei versi del poeta la digitale è ritenuta una pianta mortale, in realtà è una pianta tossica ma non letale. Il medico inglese William Withering, detto il Linneo britannico, nel XVII sec. scoprì le proprietà diuretiche delle foglie di digitale, dopo aver notato che rientravano nella miscela di erbe usate dalla medicina popolare per stimolare la diuresi. Quindi somministrò, con successo, un infuso di foglie di digitale ad un malato di idropisia di origine cardiaca. Qualche anno dopo, la digitale fu inclusa nella Farmacopea di Edimburgo. Da allora è stata oggetto di numerose ricerche cliniche grazie alle quali sono stati individuati i principi attivi che ancora oggi si impiegano per curare l'insufficienza cardiaca.

Le preparazioni a base di digitale, nella medicina popolare e domestica, sono assolutamente vietate sia per la sua tossicità sia per le difficoltà di dosaggio. Nel 1842 fu definitivamente riconosciuta la sua efficace azione cardiotonica. Nel 1868 il francese Nativelle isolò dalla pianta il suo principio attivo cristallizzato, la digitalina, che rallen-

ta, rafforza e regolarizza le contrazioni cardiache ed esercita un'azione vasocostrittiva. La somministrazione dei preparati di questa pianta non è priva di inconvenienti di cui il più grave è la difficoltà di eliminazione, da parte dell'organismo, dei principi terapeuticamente attivi. Quindi è da tener presente che un accumulo di essi può dare effetti tossici. Solo un medico, infatti, può decidere come e quando somministrarla. Anticamente, le foglie venivano raccolte fra aprile e maggio, essiccate e polverizzate. Se ne pesavano 60 cg con una bilancia di precisione, si mettevano in infusione per 15-20 minuti in una tazza di acqua bollente e poi si filtravano. Fino al XIX sec. la digitale veniva somministrata sotto forma di estratti, polvere, decotto o infuso. La più famosa preparazione sono le pillole di *Lau-cereaux*. ■





L'ALBERO DEL SORBO

Tornando con la mente ai tempi passati non si può fare a meno di ricordare una pianta di cui s'è perduta la memoria. Parliamo del sorbo, un albero dall'altezza di una decina di metri con un'ampia chioma tondeggianti e le foglie piccoline e seghettate verso l'apice. Quello che un tempo veniva apprezzato dai contadini, nei cui poderi non mancava mai un albero di questa specie, erano i frutti che maturano in settembre ed hanno la forma di piccole pere tondeggianti dal colore giallo-roseo. Come le nespole anche la sorba non è commestibile una volta staccata dalla pianta ma occorre farla maturare nella paglia. Ciò perché è ricca di tannino il quale le dà un sapore amarognolo che si attenua quasi del tutto conservandola sino all'inizio dell'inverno, quando diventa di color bruno. Una volta stagionato, il frutto acquista un gusto piacevole.

Oggi è difficile imbattersi in un sorbo; anche in Emilia-Romagna, dove una volta era presente tanto da far coniare l'esclamazione dialettale "sorbole!" per sottolineare la straordinarietà di qualche cosa, si son perse le tracce. C'è però chi non si arrende di fronte al rischio di estinzione di tale pianta ed ha ripreso il suo allevamento per consentire di reperirlo con una certa facilità. Esistono due principali specie di

Alberi a rischio di estinzione

Pianta che ha dato il nome ad una nota espressione dialettale e fiori che producono sostanze tossiche

di **Diana Geraldini**

sorbo, entrambi appartenenti alle rosacee, come peri e meli: il "Sorbus domestica" e il "Sorbus". Il primo era maggiormente diffuso in Italia e fa frutti di dimensioni maggiori; del secondo fa parte l'"aucuparia" meglio conosciuta come "sorbo degli uccellatori". Questo perché, sempre nei tempi andati, i cacciatori si nascondevano tra le sue fronde per abbattere i poveri pennuti che si cibavano dei suoi frutti.

BELLA MA VELENOSA

Una definizione che si adatta perfettamente alla "datura" per il motivo che i suoi fiori meravigliosi possiedono nella linfa sostanze tossiche. Collocare questa pianta in una specifica famiglia è stato per i botanici un vero e proprio problema. Fino a qualche tempo fa le dature venivano inserite tra le Solanacee (per intenderci tra i pomodori, le melanzane, i peperoni), ma di recente sono state accomunate alle Brugmansie, alle quali peraltro assomigliano straordinariamente soprattutto per la fioritura. Comunque le si voglia chiamare, gran parte delle dature è originaria dell'America centromeridionale (Messico, Colombia, Perù, Cile) e fu introdotta in Europa sul finire del Cinquecento. Ben presto si diffusero in Inghilterra, Germania e Olanda. Esistono molti tipi di tale pianta, ma quasi tutti hanno in comune fiori

straordinari ed appariscenti; si tratta di grossi imbuto penduli che possono raggiungere i 50 centimetri di lunghezza. I colori sono delicati: si passa dal bianco al crema, dal giallo all'arancione, dal rosa alla lavanda.

Le dature propriamente dette sono piante erbacee, sono coltivate come annuali, i loro fiori si aprono di notte. Il genere "stramonium" cresce spontaneo anche in Italia, nelle zone più calde come la Sicilia e le altre isole del sud. Le Brugmansie, invece, sono per lo più arbustive e raggiungono anche i cinque metri di altezza con un portamento ad alberello. Le specie di ridotte dimensioni sono adatte per la coltivazione in vaso da mettere in pieno sole o a mezzombra per poi essere ricoverata in casa nel periodo invernale. ■



Il gioco dell'OPA

Le offerte pubbliche di acquisto

Presupposti ed effetti economici di una scalata societaria. Di cosa è bene tenere conto prima di aderire ad una tale operazione

di **Simone Giovannelli**

Dopo il Sudoku, "il gioco dell'OPA". Quest'estate milioni di italiani, messa in cantina la cara e vecchia Settimana Enigmistica, hanno passato il tempo un po' a cercare di capire il nuovo giochino dal nome giapponese, ma che giapponese non è (la scoperta è di un matematico svizzero del '700, Eulero), un po' a rimettere a posto i tasselli di un puzzle

Tentiamo di spiegare un interrogativo attuale

che ha coinvolto Palazzi e "saltotti buoni". Il riferimento, chiaramente, è ai tentativi di "scalate", alias di acquisizioni del controllo, di tre importanti players del capitalismo italiano: Banca Antonveneta, BNL ed RCS. Ne parliamo perché molti medici ci hanno scritto chiedendoci lumi. Ciò ci ha inorgoglito ma, nello stesso tempo, un po' ci ha messo in allarme.

Andiamo con ordine. La scalata al vertice di una società può essere condotta o attraverso una trattativa privata oppure attraverso un'offerta pubblica di acquisto (OPA), se rivolta ad una platea più vasta, come accade per le società ad azionariato diffuso quotate in borsa.

L'OPA è la proposta destinata

alla generalità degli azionisti della società oggetto di scalata ("target"), contenente l'invito a cedere le proprie quote, al prezzo stabilito dall'offerente ("raider" o scalatore), entro un determinato lasso di tempo (periodo di adesione).

Il lancio dell'offerta può essere volontario o imposto dalla normativa al superamento di determinate soglie partecipative. Quali sono i presupposti di un'OPA? In altri termini, perché una società dovrebbe ingrandirsi o dovrebbe essere costretta a farlo? Esistono diverse ragioni per condurre in porto un'OPA volontaria: per "creare valore" per i propri azionisti, attraverso lo sfruttamento delle sinergie produttive e/o la sottovalutazione dei titoli del target; per fare da deterrente ad eventuali scalatori esterni, pronti ad aggredire il target o, addirittura, il raider stesso; per risparmiare i rilevanti costi di quotazione sui mercati ufficiali; oppure, in risposta all'attività persuasiva (moral suasion) delle autorità, volta a favorire politicamente la scalata per assicurare il salvataggio di imprese in crisi o la sottrazione dei "gioielli di famiglia" da mani straniere.

Un'OPA obbligatoria ha, invece, come presupposto la tutela degli azionisti di minoranza, i quali possono voler fuoriuscire dalla società per evitare di rimanere sotto il giogo di un socio dominante e non gradito, ritrovandosi nelle mani azioni "senza mercato", e volerlo fa-

re ad un prezzo "equo", che tenga conto delle ultime quotazioni, dei prezzi massimi offerti a terzi e del "premio di controllo", vale a dire il prezzo che si è disposti a pagare in più per conquistare il governo della società, rispetto a quello relativo ad un'azione di minoranza.

Per concludere, prima di aderire ad un'OPA bisognerebbe che gli interessati all'operazione te-

La paura del socio dominante e non gradito

nessero in considerazione due fattori: 1) quanto vi viene offerto ed in che modo (denaro e/o titoli azionari/obbligazionari), tenendo conto della quotazione del titolo negli ultimi mesi e della "capacità contrattuale" degli oblati (minore è la quota detenuta dall'offerente, maggiore è il prezzo che dovrà offrire a tutti per convincere il maggior numero di persone); 2) quali sono le dimensioni e l'"onorabilità" del raider e quanto si sta indebitando per raggiungere l'obiettivo (in seguito all'offerta, ci si può ritrovare ad avere in portafoglio titoli di quest'ultimo!).

Tutto qui? Speriamo di essere riusciti a semplificare temi piuttosto ostici. ■

< Pubblicità >

Locarno: un festival diverso

IL CINEMA QUALCHE VOLTA TI FA RESPIRARE

Grazie ai giovani che affollano la platea dove le star non si esibiscono ma si raccontano e ai film che spesso ti riportano a un passato gloriosamente colto

di Maricla
Tagliaferri

Notevole
e di buon
gusto
l'ultima
edizione
sulle rive
del Lago
Maggiore

Un giovane
Orson Welles



Andare a Locarno nei giorni del Festival Internazionale del Film è un'esperienza che fa bene al cuore di chi ama il cinema. La cittadina svizzera sulle rive del Lago Maggiore, normalmente sonnacchiosa, si riempie di una folla di appassionati, giovani e giovanissimi in prevalenza, che parlano tutte le lingue del mondo, si spostano per undici giorni da uno schermo all'altro inseguendo un programma gigantesco che spazia dal grande film spettacolare al documentario su realtà lontane, al video più sperimentale, alla chicca rarissima. Locarno è un festival "diverso". Molto di quello che si vede a Locarno si può vedere solo qui, dove non si rispetta la logica del commercio puro e semplice, dove il cinema è ancora soprattutto "ricerca": di autori, di nuovi talenti, di cinematografie emergenti, di memorie perdute.

Non ha fatto eccezione questa 58esima edizione, che si è chiusa lo scorso 13 agosto, l'ultima diretta da Irene Bignardi, che lascia dopo cinque anni di duro lavoro: "Ho faticato molto, ho avuto grandi soddisfazioni, ma ora preferisco vivere tranquilla", ha sorriso l'ultima sera in Piazza Grande, il cuore notturno del Festival, la più grande arena d'Europa,

dove vengono proiettati ogni sera due film, davanti ad un pubblico che varia dalle settemila alle novemila persone.

Come ogni Festival che si rispetti, ha il suo bravo concorso. Quest'anno c'erano in gara 17 film, fra cui l'italiano "La guerra di Mario" di Antonio Capuano con Valeria Golino, storia di una coppia alle prese con un bambino in affido, interpretato dal piccolo Marco Grieco (premiato insieme al "collega" curdo Xevat Gectan del film tedesco "Fratricide"). I giurati, presieduti dal premio Oscar Vittorio Storaro (il direttore della fotografia di "Apocalypse Now" e "L'ultimo imperatore"), hanno dato il Pardo d'Oro al film statunitense "Nove vite", del regista colombiano trapiantato in America, Rodrigo Garcia, figlio del Nobel per la letteratura Gabriel Garcia Márquez. Garcia, che il pubblico televisivo conosce per la serie "I Soprano", ha riunito un cast di nove attrici eccezionali – che sono state premiate collettivamente – da Glenn Close a Holly Hunter a Sissy Spacek, per raccontare altrettante storie.

Come ogni festival ha le sue brave star, che qui, invece di calpestare tappeti rossi, coprirsi di lustri e farsi lampeggiare di flash, hanno incontrato il pubblico, raccontandosi in interessanti lezioni di cinema, prima di ritirare il Locarno Excellence Award. Per esem-

pio Susan Sarandon, l'indimenticata protagonista di "Thelma e Louise" e di "Dead Man Walking", ha scaldato gli animi col suo impegno umanitario e il suo fervore politico di lunga data. John Malkovich, il pallido interprete di "Un tè nel deserto" e "Le relazioni pericolose", ha ripercorso i suoi inizi, dall'esordio in teatro quasi per scherzo ("Non mi pareva una buona idea per il futuro, il teatro è in crisi da 2000 anni") ai numerosi progetti in qualità di regista, produttore, scrittore.

Cosa ci siamo portati a casa dal tour de force locarnese, frugando fra le sezioni collaterali dedicate ai Diritti Umani, al cinema del Maghreb, ai cineasti del presente? La retrospettiva dedicata a Orson Welles, la più completa mai realizzata, comprendente non solo i film più celebri, ma anche lavori non finiti, appunti per trasmissioni televisive, abbozzi di spettacoli teatrali. L'emozione di rivedere, nel documentario "Giant Buddhas", le enormi sculture rupestri di Bamiyan, in Afghanistan, prima che i Talebani le facessero saltare. Le risate agrodolci di "20 centimetri", il musical spagnolo che racconta le peripezie di un transessuale per eliminare quei 20 centimetri che lo separano dalla femminilità. L'opulenza di "The rising – Ballad of Mangal Pandey", kolossal made in Bollywood, in cui si racconta la prima rivolta contro il colonialismo inglese con passione, musica, colori ed esagerazioni tipiche della cinematografia indiana cui dovremo sempre più abituarci.

La vostra cronista si porta via in particolare – perdonate la nota autobiografica – la gratitudine di aver potuto rivedere su grandissimo schermo "Nashville", il film che nel 1975 Robert Altman dedicò al bicentenario degli Stati Uniti, orchestrando 26 protagonisti e rivoluzionando la concezione del cinema spettacolare. Un film che non è invecchiato di un centesimo di secondo, che rivisto oggi suona addirittura profetico, che dimostra come il cinema, quando è arte, è arte davvero. ■

ORCHESTRE MULTIETNICHE

‘Multietnìa’ e ‘multiethnicità’ sono parole che si leggono sempre più spesso sui giornali come locuzioni specchio dei nostri tempi, nei quali le frontiere sia geografiche che culturali - per molti motivi e non da trattare in questa sede - tendono a diventare labili e inconsistenti. La musica, termometro tra i più sensibili ad ogni cambiamento sociale e culturale, non avrebbe potuto rimanere indifferente a così importante mutamento



L'Orchestra di Piazza Vittorio (foto di A. Cosmelli)

di Piero Bottali

L'arrivo delle nuove sonorità portate in Italia da popoli vicini e lontani che per sorte avversa hanno dovuto lasciare i loro Paesi, in coincidenza con un afflosciamento della vena creativa della musica occidentale, hanno fatto spuntare cautamente nelle nostre grandi città le così chiamate 'orchestre multiethniche'. Un fenomeno che ha immesso sangue giovane e fantasia inventiva nell'anemico panorama musicale italiano: prova ne sia che moltissimi fra i più famosi cantanti nostrani si servono spesso e volentieri di tali complessi poliritmici e polistrumentali per dare più brio, consistenza e un tocco di novità alle loro esibizioni.

Con vivacità e gagliardia espressiva questi gruppi (ancora pochissimi e in fase di 'magma ribollente indifferenziato') propongono infatti nuove e gradevoli sonorità, timbri esotici, scale musicali bizzarre ai nostri orecchi, ritmi fruscianti, che sono una fusione fra il loro folklore e la musica che incontrano nel nostro Paese. Un fenomeno musicalmente non nuovo, che un tempo veniva chiamato 'contaminazione fra i generi', solitamente più o meno vicini: in-

vece, la musica multiethnica non fa caso né tien conto delle vicinanze o affinità fra categorie musicali e con travolgente entusiasmo e ingenuità se ne infischia degli steccati stilistici e mescola melodie all'italiana con percussionismo tunisino-marocchino, nenie arabizzanti con rumori e fragori onomatopeici del vento, del mare, della risacca. Assistiamo così anche a commistioni fra strumenti lontani fra loro nel tempo e nello spazio - qualcuno forse ne resta scandalizzato - come violino e darabukka, armonium indiano e ud arabo, banjo nordamericano (che tuttavia è di lontana matrice africana) e mandolino 'napoletano', fisarmonica di Castel Fidardo e cymbalon romeno, zampogna molisana e didgeridoo austral-aborigeno, eccetera.

In questo magma musical-culturale della multiethnìa spicca la recente nascita dell'Orchestra di Piazza Vittorio, un gruppo che unisce sotto tale sigla sedici musicisti da una decina di Paesi del mondo, ebrei, arabi, romeni, italiani, senegalesi, ungheresi, opulenti Stati Uniti compresi.

Vogliamo, anzi dobbiamo parlare di questa orchestra multiethnica non per farne mera pubblicità ma perché la sua nascita rappresenta

un fatto importante, anzi due: il primo è la testimonianza di un'utopia realizzata - quella di musicisti da varie parti del mondo che fanno musica assieme - il secondo è la constatazione che con la reciproca accettazione delle altrui diversità, la convivenza, il dialogo, perfino l'amicizia, perché no, è possibile e raggiungibile. Infatti non tutti i sedici musicisti dell'Orchestra di Piazza Vittorio sanno comunicare reciprocamente perché sono nati gli uni agli antipodi degli altri, ma questo non gli ha impedito di capirsi, tanto da creare appunto un 'concerto'. Inoltre la nascita dell'Orchestra è andata ben oltre il fatto musicale ma ha investito, forse solo di striscio, la politica, l'ideologia, i discorsi sul razzismo, la tolleranza, l'intolleranza, la nuova realtà di una società in rapida trasformazione della quale, volenti o nolenti, dobbiamo farci capaci. Poi c'è ancora un motivo per il quale ne parliamo: l'Orchestra di Piazza Vittorio, creata e condotta da Mario Tronco, pianista degli Avion Travel, è il primo e finora unico gruppo multiethnico ad aver inciso un CD (Orchestra di Piazza Vittorio, OPV AP 001). Consideriamolo un augurio, per la musica e per la reciproca comprensione. ■

< Pubblicità >

Sport estremo a 105 anni

Indossata l'imbracatura Lucia Servadio, medico ultracentenario, si è lanciata con il parapendio volando per mezzora sul Cervino

"Dottoressa quanti anni ha? 105 e non li dimostro". Questo il titolo di un articolo pubblicato sul numero 6 del nostro giornale che ripercorreva la vicenda umana e professionale della dottoressa Lucia Servadio, nata il 17 luglio 1900, una delle prime donne a laurearsi in medicina in Italia (laurea con lode nel 1922, specializzazioni in immunologia, radiologia e ginecologia). In quel pezzo si dice che la dottoressa, nonostante si sia stabilita da tempo nel

New Jersey, Stati Uniti, ogni tanto torna in Italia che fu costretta a lasciare, lei ebrea, per sfuggire

alla guerra ed alle leggi razziali. E lo scorso agosto la visita nel Belpaese ha fatto notizia perché l'indomita dottoressa ha deciso di

turosa esperienza è stata preparata nei minimi particolari: per il volo si è reso necessario attrezzare un parapendio biposto in grado di portare la Servadio e l'istruttore, Jean Claud Cavorsin. Il volo è durato circa mezzora, decollando nei pressi de La Magdeleine, sorvolando la Valtournanche ed atterrando al campo sportivo di Antey Saint André. Subito dopo aver messo piede a terra la dottoressa Lucia Servadio ha così commentato: "Peccato che sia già finito".

Cara, dolce dottoressa: cento di questi voli. ■

C.C.



movimentare il suo soggiorno effettuando un lancio in parapendio ai piedi del Cervino. L'avven-

Quando gli imperatori si ammalavano

Giuliano l'Apostata: "Dott. Oribasio sto male"

Era il medico bizantino più noto ed importante. Scrisse un'antologia considerata una preziosa fonte della storia della medicina. Le teorie di Galeno

di **Fabio Astolfi**

Con l'editto di Milano del 313 d.C. l'imperatore Costantino aveva stabilito che la religione cristiana venisse adottata come religione ufficiale dello Stato; tuttavia le tradizioni pagane a Roma erano ancora fortemente radicate, almeno tra la nobiltà e per gran parte del Senato, tanto che i cristiani in tutto l'Impero rappresentavano soltanto il 15-20% della popolazione. Inoltre, nel 326 d.C. l'imperatore trasferisce la capitale a Bisanzio, che da lui prenderà il nome di Costantinopoli. La "Nuova Roma" in breve tempo viene arricchita di mura, di piazze di mercato e di numerosi edifici pubblici, archi onorari, colonne dedicate all'imperatore. Sarà qui che Costantino sperimenterà la conciliazione tra il potere imperiale e la religione cristiana. Con Teodosio (379-395) si avrà infine una definitiva distinzione tra Impero Romano d'Oriente e Impero Romano d'Occidente: nel 395 d.C. infatti affiderà la conduzione delle due parti ai suoi figli, Arcadio per l'orientale e

Onorio per l'occidentale. Avremo così la totale affermazione di un nuovo polo culturale, Bisanzio, caratterizzato dall'incontro tra la cultura e le conoscenze classiche e la spiritualità cristiana, che darà origine alla civiltà bizantina.

Il medico bizantino più importante è considerato Oribasio, figlio di nobile famiglia orientale, vissuto tra il 325 ed il 403 d.C. Completò i suoi studi ad Alessandria d'Egitto, una delle migliori scuole di medicina dell'antichità, riuscendo a dimostrare le sue capacità a tal punto da divenire amico e medico personale dell'imperatore Giuliano (360-363 d.C.), detto l'Apostata per la sua volontà, per altro senza successo, di restaurazione dei culti pagani a dispetto dell'ormai più che affermata religione cristiana. Oribasio, che dallo stesso imperatore fu nominato questore di Costantinopoli, si basò sulle imprescindibili conoscenze apportate alla medicina antica da Galeno, aggiungendovi ben poco di personale. Ma con la sua antologia Sinagoghe mediche, ci fornisce una fonte preziosa sulla

storia della medicina antica, permettendoci di conoscere alcuni importanti medici dell'antichità, come il valente chirurgo Antillo vissuto nel II secolo d.C., autore di un'interessante teoria degli aneurismi, che altrimenti avremmo del tutto ignorato. Il trattato di Oribasio, composto in 70 libri, venne poi riassunto dallo stesso autore per il figlio Eustazio, con il nome di Sinopsi, in 9 libri. Compose anche un

dicamenti di facile preparazione". Come già sottolineato le opere di Oribasio furono assai poco originali, trattandosi spesso di raccolte di informazioni e terapie formulate dai più famosi medici a lui precedenti; tutto ciò, ma soprattutto il suo attaccamento alle teorie di Galeno, gli comportò la poca stima dei suoi colleghi e degli autori successivi, che arrivarono addirittura a soprannominarlo "la scimmia di Galeno".

Altri medici meno noti ma utili per conoscere meglio l'Impero Bizantino ed il livello della sua medicina sono Ezio di Amida (502-575), autore anch'egli di un'opera basata sulle conoscenze precedenti, il Tetrabiblion; Alessandro di Tralles (525-605), autore di alcuni trattati, Della medicina, Sulle febbri, tradotti in breve dal greco in latino e in arabo, e una Lettera sui vermi intestinali; Paolo d'Egina (625-690) autore di un ottimo trattato di chirurgia tenuto in considerazione in Europa per secoli, visto che fino a tutto il XVII secolo l'ernia inguinale, ad esempio, si operava secondo i suoi dettami. Molti altri ancora sono poi considerati esponenti minori della medicina bizantina, ancor più caratterizzati dall'aver compilato opere contenenti informazioni tratte dai grandi medici del passato. Ugualmente questi testi, copiati nei secoli, spesso corredati da eccezionali illustrazioni miniate, e conservati gelosamente in biblioteche e monasteri di mezzo mondo, sono documenti eccezionali che ben rappresentano, sebbene la loro scarsa originalità, come Bisanzio era divenuta, ricevendo il testimone che prima fu di Atene e di Roma, il polo culturale del Mediterraneo in epoca tardo-antica. ■



Costantino lebbroso conforta le donne: particolare di un affresco del secolo XIII. Roma, Chiesa dei Quattro Santi Coronati.

Mostre ed esposizioni in Italia a cura di Anna Leyda Cavalli

Corot. Natura, emozione, ricordo **Ferrara** – fino all'8 gennaio 2006

Interessante mostra dedicata al celebre pittore francese che aderì con originalità ed autonomia alle correnti artistiche dominanti nell'Ottocento fino ad essere considerato un precursore dell'impressionismo.

Palazzo dei Diamanti

telefono: 0532 244949-209988

Argenti e disegni colombiani **nella Genova del Seicento**

Genova – fino 18 dicembre 2005

Mostra dedicata all'iconografia colombiana.

Galleria Nazionale di Palazzo Spinola

telefono: 010 2705300

Il Polittico della Cervara

Genova – fino al 7 gennaio 2006

Ambizioso progetto che mira a riunire, cinquant'anni dopo la loro realizzazione, le sette tavole che componevano il polittico dell'altare della Chiesa di San Gerolamo della Cervara, presso Santa Margherita Ligure.

Museo Palazzo Bianco

telefono: 010 5572013

Seduzione Impero

Genova – fino al 5 maggio 2006

La mostra si articola in due sezioni: una dedicata all'abbigliamento maschile e femminile e una dedicata ai tessuti di arredamento dal 1780 ad oggi.

Galleria Nazionale di Palazzo Spinola

telefono: 010 2705300

I volti dell'Eternità

Peccioli (PI)

fino al 4 dicembre 2005

Esposizione dedicata ad una delle più rilevanti collezioni di arte sacra russa in Italia, in gran parte costituita da tritici e polittici in bronzo.

Museo di icone russe F. Bigazzi

telefono: 058 7672877

Francesco Lojacono

Palermo – fino all'8 gennaio 2006

La più ampia retrospettiva mai dedicata a Lojacono nella nuova sede museale ed espositiva della Galleria d'arte moderna.

Civica Galleria d'arte moderna

telefono: 091 6090308

www.francescolojacono.it

Arnolfo di Cambio. Una rinascita nell'Umbria medievale

Perugia/Orvieto

fino all'8 gennaio 2006

A settecento anni dalla morte, l'Umbria dedica al grande maestro della scultura un vasto progetto espositivo con opere pittoriche appartenenti anche ai maggiori artisti del tempo quali Cimabue, Duccio da Boninsegna e Giotto.

Galleria Nazionale dell'Umbria (Perugia)

Chiesa di Sant'Agostino (Orvieto)

telefono: 0243 353522

www.arnolfodicambio.it

Jeans! Le origini, il mito americano ed il made in Italy

Prato

fino al 30 novembre 2005

Circa cento manufatti provenienti da collezioni pubbliche e private ripercorrono la storia del jeans, dei processi di lavorazione e tintura, in relazione ai mutamenti della storia del costume.

Museo del Tessuto

ex Fabbrica Campolmi

telefono: 057 4611503

Il rito del segreto. Misteri in Grecia e a Roma

Roma

fino al 7 gennaio 2006

Oltre settanta opere documentano i vari fenomeni di religiosità diffusi tra la Grecia e l'Italia antica.

Colosseo

telefono: 06 39967700

Cose da un altro mondo. Viaggio nel cinema di fantascienza

Torino

fino al 27 novembre 2005

Esposti numerosi manifesti e locandine che vanno dai primi del Novecento fino ai giorni nostri con l'obiettivo di ripercorrere cronologicamente i principali filoni di un genere unico per fascino e suggestione.

Museo Nazionale

del Cinema

telefono: 011 8125658

Histria: opere restaurate da Paolo Veneziano a Tiepolo

Trieste – fino al 6 gennaio 2006

Finalmente, dopo cinquant'anni, tornano alla vista del pubblico ventuno opere, appena restaurate, di maestri quali Paolo Veneziano, Alvise Vivarini e Giambattista Tiepolo, non più esposte da circa cinquant'anni.

Museo Revoltella

telefono: 040 6754350

www.museorevoltella.it

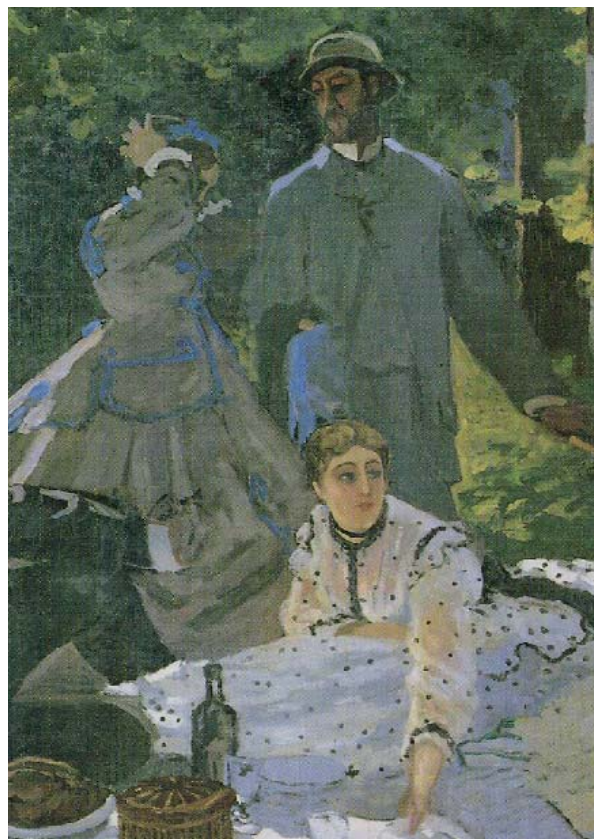
Marino Marini e il nudo

Pistoia – fino al 31 dicembre 2005

Mostra composta da quarantacinque opere tra sculture, dipinti e disegni, conservate nei depositi da oltre dieci anni e finalmente esposte.

Museo Marino Marini

telefono: 0573 30285



Claude Monet, Le déjeuner sur l'herbe - particolare

Commovente ricordo delle vittime del terrorismo

La valle della memoria nel cuore dell'Abruzzo

Ad Ari è nata l'Associazione dedicata ad Emilio Alessandrini per non dimenticare con lui, assassinato nel 1979, tanti altri italiani trucidati. Ad ognuno di loro una statua dello scultore Antonio Di Tommaso

di Ennio Di Francesco (*)

Difficile da credere. In un paese piccolo piccolo, Ari, nel cuore dell'Abruzzo, la memoria si è trasfusa come magia simbiosi di arte - natura in imponenti sculture di pietra bianca della Maiella, sotto la cui mole maestosa, immobili ed eterne, sembrano fissare il Gran Sasso d'Abruzzo stagliato tra le nuvole col profilo della "bella addormentata" e al di là delle vallate gialle e verdi di uliveti e di grano l'Adriatico sfumato nel cielo appena più chiaro.

Qui è nata l'Associazione dedicata ad "Emilio Alessandrini", sostituto procuratore della Repubblica a Milano, trucidato dai terroristi di "prima linea" il 29 gennaio 1979. "Uomo d'Abruzzo e magistrato d'Italia, ucciso per il suo impegno di Verità e Giustizia" è scritto con infantile grafia sul grande libro di marmo incrinato a metà posto all'ingresso della scuola elementare dinanzi a cui i ragazzi mettono spesso fiori di campo. Associazione di onore e memoria voluta da quel lontano giorno di morte da chi scrive questi ricordi e da Laura Bertole, magistrato, a suggello dell'amicizia con Emilio nata sugli stessi banchi del liceo di Pescara. Quindi l'incontro anni addietro, col vulcanico

sindaco di Ari, Renato d'Alessandro. Attorno al progetto si è via via raccolta la gente delle valli, uomini illustri e semplici, magistrati e amici di Emilio. L'associazione opera con il suo Presidente onorario, Giovanni Conso, già Presidente della Corte Costituzionale e Ministro della Giustizia, e con altri soci tra cui Nicola Trifuoggi, Ciro Riviezzo, magistrati, Giuseppe De Lutiis, storico, Gabriele Paragona, psicologo, e soprattutto Marco, il figlio di Emilio Alessandrini. Ora brillante avvocato, aveva cinque anni quando il papà venne ucciso quel nebbioso mattino di gennaio, subito dopo averlo accompagnato a scuola. Da allora, anno per anno, nel Paese e nelle contrade della valle sono spuntati loro, i Titani della memoria, con forme diverse per la stessa tragedia umana di Caino, nati dalla sensibilità creativa di Antonio Di Tommaso, scultore tanto poco loquace quanto ricco d'amore per la sua terra d'Abruzzo; professore di Belle arti all'Università di Firenze. Il surreale circuito si snoda magicamente: blocchi di pietra estratti dal cuore della Maiella vengono adagiati nella valle. Sotto la guida del maestro, scultori giunti da varie parti del mondo per studiare a Firenze vengono ospitati dalla gente di Ari. Da quest'incontro di arte e natura prendono vita loro, i Titani della Memoria. Sono ormai una ventina di statue, ciascuna dedicata a un magistrato, un tutore dell'ordine, carabiniere, finanziere, poliziotto, agente penitenziario o

altri servitori dello Stato caduti per difendere la libertà e la democrazia della nostra tormentata ma splendida Italia. Sulla parete vicino alla chiesa c'è la scultura - bouquet di rose rosse di marmo - per Emanuela Loi, la bionda poliziotta uccisa insieme ai quattro colleghi nella strage di Via D'Amelio; poco distante le piastrelle robbiesche per Giovanni D'Alfonso, maresciallo ucciso a Pescara; tra il verde della valle con accanto il Tricolore le statue colossali di Paolo Borsellino, Giovanni Falcone, Rocco Chinnici, Antonio Scopelliti, Rosario Livatino "giudice ragazzino" e tanti altri; Salvo d'Acquisto carabiniere fucilato dai nazisti, Giovanni Palatucci, ultimo questore di Fiume morto a Dachau per aver dato aiuto agli ebrei.

Dallo scorso anno davanti all'aula consiliare, quasi a vigilare quel luogo di democrazia, si trova il bassorilievo con il simbolo dello Stato per il Commissario Calabresi, ucciso nel maggio 1972 da terroristi ispirati spesso da cattivi maestri.

Il 16 settembre di quest'anno, nella giornata della memoria, altre sculture si sono aggiunte per i martiri di Nassirya, per Carlo Casalegno, Walter Tobagi e Nicola Calipari. Si è pregato tra i monti, sole e fiori, in una magica tavolozza di colori, ricordi, propositi ed impegni. Qui ad Ari, piccolo grande paese sotto le falde della Maiella, dove i Titani guardano nel monito silente della Memoria di pietra. ■

(*) *Dirigente di Polizia*



Emilio Alessandrini

La solidarietà delle mogli dei medici



L'iniziativa dell' "Associazione mogli dei medici italiani" che sostiene la costruzione di una "casa" per 50 ragazze divenute orfane a seguito dello tsunami che ha colpito il sud-est asiatico

L'Assemblea programmatica dell' "Associazione mogli dei medici italiani" (Ammi) si è svolta il 19 e 20 maggio in Puglia, a Trani. L'appuntamento è coinciso con il trentacinquennale della fondazione dell'Associazione.

L'occasione, oltre che per fare il punto sull'attività svolta e da svolgere in futuro, è stata propizia per consegnare alle Suore Domenicane della Madonna del Rosario, Domenica Farinaccio, Madre superiora, e Paola Collotto, un contributo economico da destinarsi alla costruzio-

ne di una "casa" che dovrà ospitare 50 giovani divenute orfane a seguito dello tsunami che il 26 dicembre dello scorso anno ha colpito in modo tanto catastrofico il sud-est asiatico. La struttura, oltre che offrire un ricovero, comprenderà una scuola ed un'infermeria. "Questa iniziativa – come ha sottolineato la presidente dell'Ammi, Angela Grasso – ha lo scopo di donare una fativa speranza a queste giovani così duramente colpite ed è espressione del senso di solidarietà che l'Associazione delle mogli dei medici

italiani ha nei confronti di quanti necessitano di un concreto aiuto". All'Assemblea programmatica dell'Ammi sono intervenuti, portando il loro apprezzato contributo, il sindaco di Trani, Giuseppe Tarantini, Aristide Paci, presidente nazionale dell'Onaosi, Aurelio Grasso, consigliere Enpam, il dottor Lorenzo Bosco dell'Ordine dei medici di Bari. Il professor Vincenzo Lattanzio ed il dottor Giovanni Barone hanno inoltre svolto una relazione sul tema "Salute è donna". ■

C.C.



NON POSSO PIÙ FARE IL MEDICO

Gentile Presidente,
gradirei sapere se, non potendo più esercitare la professione, sia prevista una pensione, e di quale entità; inoltre, se dovessi riscattare gli anni di laurea, ed effettuare un riscatto di allineamento per un importo di 20.000 euro, ci sarebbe un incremento di questa eventuale pensione anticipata e di quanto? Salutandoti cordialmente, ti ringrazio.

(lettera firmata)

Caro Collega,
le condizioni necessarie, previste dalla normativa attualmente in vigore, per anticipare l'età del pensionamento sono:

- *il raggiungimento di un'anzianità contributiva di 35 anni;*
- *il possesso da almeno 30 anni del diploma di Laurea in medicina e chirurgia;*
- *58 anni di età;*
- *la cessazione totale dell'attività a rapporto professionale con le Istituzioni del S.S.N. che versano i contributi presso il Fondo.*

Dato che tu sei iscritto al Fondo dei medici di medicina generale dal gennaio 1983, effettuando il riscatto degli anni di laurea maturerai tutti i requisiti sopra elencati nel luglio 2012; in caso contrario, potrai godere della pensione di vecchiaia nel 2018, al compimento del 65° anno di età.

Ti faccio presente che il riscatto degli anni di laurea ha una convenienza ai fini previdenziali in termini di aumento dell'anzianità contributiva e, di conseguenza, dell'importo di pensione che percepirai; tuttavia, se volessi anticipare l'età del pensionamento, l'importo del trattamento pensionistico sarebbe soggetto ad una decurtazione dovuta all'applicazione di coefficienti di riduzione legati all'età anagrafica.

Nello scorso aprile gli uffici competenti dell'Ente, in seguito alla domanda da te presentata nel marzo 2004, ti hanno inviato una proposta di riscatto degli anni di lau-

rea e di allineamento contributivo nella quale è stato indicato il costo dell'operazione e il relativo incremento della prestazione. La proposta deve essere inviata 120 giorni prima dell'accettazione.

Ti ricordo, infine, che, ai sensi della vigente normativa regolamentare, in favore degli iscritti che a causa di infortunio o malattia, prima del compimento del 65° anno di età, divengono inabili in modo assoluto e permanente all'esercizio dell'attività professionale, è prevista l'erogazione della pensione di invalidità.

Tale trattamento è concesso dall'Ente previo accertamento effettuato da un'apposita Commissione Medica costituita presso ciascun Ordine provinciale dei medici.

Confidando di aver soddisfatto le tue richieste, ti invio distinti saluti.

Eolo Parodi



IPOTESI DI CONTRIBUZIONE

Gentile Presidente,
esercito dal 1999 l'attività di medico chirurgo odontoiatra e contemporaneamente ho prestato servizio di guardia medica per i primi tre anni post-laurea; ho chiesto il riscatto degli anni universitari e del periodo di ferma obbligatoria; ho inoltre prestato servizio militare in ferma prolungata e non nel corpo sanitario (il tutto prima della laurea) per due anni (quindi con versamento di contributi).

Chiedo gentilmente:

- *in base ai dati in vostro possesso (Quota A e B e/o altra tipologia di contribuzione) e ipotizzando un trend di contribuzione simile ai miei ultimi cinque anni, quale potrebbe essere la mia pensione al raggiungimento dell'età contributiva prevista?*
 - *Inoltre è possibile un ricongiungimento dei due anni prestati come ufficiale in ferma volontaria?*
- Grazie e cordiali saluti.*

(lettera firmata)

Caro collega,
la pensione ordinaria, erogata a carico del Fondo di previdenza generale, è concessa a tutti gli iscritti che al compimento del sessantacinquesimo anno di età possano contare su un'anzianità contributiva effettiva pari ad almeno cinque anni.

Per quanto riguarda la "Quota A", ipotizzando una contribuzione costante fino alla data del raggiungimento del requisito anagrafico, gli Uffici hanno determinato l'importo pensionistico in euro 463,50 lordi mensili. Per quanto concerne la "Quota B" l'ammontare lordo, mensile, della pensione che percepiresti sarebbe approssimativamente pari ad euro 2.423,44; qualora portassi a termine il pagamento del riscatto, tale importo verrebbe incrementato ad euro 2.964,91 circa.

Riguardo al biennio di ferma volontaria, ti informo che i relativi contributi possono costituire oggetto di ricongiunzione, ai sensi della Legge n. 45 del 5/3/1990. Ti comunico inoltre, che sul Fondo medici di medicina generale risultano accreditati contributi dal mese di novembre 1990 al settembre 1994, per un importo pari ad euro 2.368,52.

Nel caso decidessi di effettuare l'operazione di ricongiunzione, tali contributi verrebbero trasferiti sulla "Quota A" del Fondo di previdenza generale, unitamente a quelli attualmente giacenti presso il Ministero della Difesa. Di converso, nel caso ritenessi di non ricongiungere il biennio di ferma volontaria, la contribuzione accreditata presso il Fondo medici di medicina generale, ti darebbe diritto a percepire, al compimento del 65° anno di età un ulteriore, esiguo, trattamento pensionistico.

Ti informo che le proiezioni riportate sono state determinate sulla base delle norme regolamentari attualmente in vigore; eventuali modifiche inerenti la disciplina dei Fondi gestiti dall'ENPAM potrebbero determinare variazioni rispetto agli importi indicati.

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E.P.



E L'AUMENTO?

Signor Presidente,

dal compimento del 65° anno di età, percepisco la pensione del Fondo generale. Al compimento del 70° anno (anno 2004) avrei dovuto ricevere un aumento (seppure minimo!) di detta pensione, ma da un esame delle vostre comunicazioni non ho trovato tale incremento.

Perché mai?

Ci ha messo le mani, come al solito, il vorace INPS?

(lettera firmata)

Caro collega,

a decorrere dal 1° gennaio 1998, allo scopo di garantire stabilità ed equilibrio alla gestione, è stata introdotta una riforma regolamentare che, tra l'altro, ha abolito l'incremento pensionistico al compimento del 70° anno di età, previsto dall'art. 11, c. 3, del regolamento del Fondo precedentemente in vigore.

Ciò premesso, desidero informarti che da un riesame della tua posizione previdenziale è emerso che calcolando l'importo della pensione secondo i criteri introdotti dalla nuova normativa, dopo l'avvenuto incasso degli ultimi contributi da accreditare, l'ammontare del trattamento che percepisci risulta lievemente inferiore a quello dovuto.

La tua pensione è stata, perciò, aggiornata. A decorrere dalla prossima mensilità di agosto, ti verrà erogato l'importo pensionistico corretto, unitamente agli ar-

retrati maturati dal mese di settembre 1999 al luglio 2005.

Nell'assicurarti la completa disponibilità dei competenti Uffici della Fondazione a fornirti ogni eventuale ulteriore chiarimento, colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E.P.



FACCIAMO UN PO' I CONTI

Caro Presidente,

desidererei sapere a quanto ammonterebbe la mia pensione come generico con i contributi presenti attualmente nel mio Fondo, contributi di cui gradirei conoscere l'ammontare.

Ho iniziato l'attività come medico di medicina generale nel 1985 ed ho 48 anni.

Qualora dovessi per invalidità lasciare il lavoro a quale contributo pensionistico avrei diritto?

Cari saluti.

(lettera firmata)

Cara collega,

la prestazione pensionistica a carico del Fondo medici di medicina generale presso il quale sei iscritta è quantificabile, al compimento del 65° anno di età ed a condizione che cessi l'attività convenzionata, in circa euro 1.510,00 mensili al lordo delle ritenute.

La rendita pensionistica può essere, altresì, conseguita al raggiungimento del 58° anno di età, con una anzianità contributiva effettiva o riscattata, ovvero ricongiunta a norma della Legge 45/1990, non inferiore a 35 anni, e sia in possesso da almeno 30 anni del diploma di laurea in medicina e chirurgia. Il trattamento previdenziale di anzianità può essere riconosciuto anche al raggiungimento dei 40 anni di contribuzione effettiva, riscattata e/o ricongiunta; in tal caso si prescinde dal requisito anagrafico.

Di converso, ove le condizioni di salute ti costringessero alla immediata cessazione dell'attività per invalidità assoluta e permanente, potresti accedere al trattamento di invalidità previo accertamento della apposita Commissione medica, costituita presso ciascun Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Sulla base dei contributi attualmente accreditati sulla tua posizione presso il Fondo dei medici di medicina Generale, pari ad euro 61.990,68=ove l'eventuale domanda di pensione di invalidità andasse a buon fine, avresti diritto ad un trattamento quantificabile in circa euro 1.124,00= mensili, al lordo delle ritenute.

Colgo l'occasione per inviarti i miei più cordiali saluti.

E.P.



NASCITA INDESIDERATA: DUE IPOTESI PARTICOLARI

a cura dell'Avv. Pasquale Dui (*)

Sono argomenti che chiamano in causa il medico: l'errato intervento di sterilizzazione o di interruzione della gravidanza e la mancata possibilità di interrompere la gravidanza per difetto di diagnosi di malformazioni fetali

Un'ipotesi particolare di responsabilità medica è certamente rappresentata dalla nascita indesiderata che di conseguenza fa insorgere, a parte i danni psico-fisici e morali, un profilo di pregiudizio del tutto particolare sotto l'aspetto del danno emergente.

Ci si riferisce alla perdita patrimoniale dei genitori per il mantenimento del figlio inaspettatamente nato, al quale, peraltro, non spetta alcun tipo di danno né patrimoniale né non patrimoniale, in quanto nel nostro sistema non viene contemplato un diritto a nascere sani, il bene della vita è primario ed irrinunciabile e, quindi, non esiste un diritto a non nascere.

Si debbono tuttavia distinguere due ipotesi di nascita indesiderata: quella che consegue ad un errato intervento di sterilizzazione o di interruzione della gravidanza, e quella che risulta dalla mancata possibilità di esercitare il diritto di interrompere la gravidanza in conseguenza della mancata diagnosi di malformazioni fetali.

In rapporto alla prima ipotesi si deve riconoscere un danno patrimoniale in capo ai genitori, che scaturisce dai primari doveri su di essi incomben-

ti di mantenere e istruire la prole; sicché la giurisprudenza ha ritenuto risarcibile i danni patrimoniali consistenti negli oneri di mantenimento del figlio, quantificabili con riferimento alle spese per il vitto, l'alloggio, l'educazione e l'istruzione sino al raggiungimento della in-

dipendenza economica, che deve essere considerata in rapporto al tempo medio per il completamento degli studi e quello successivo per il reperimento di una occupazione.

Ovviamente, in un simile calcolo, si deve anche tenere conto delle condizioni socio culturali della famiglia di origine per stabilire, seppure a meri fini statistici e probabilistici, quale sarebbe l'entità di tali tempi.

L'altra ipotesi di danno emergente, conseguente alla nascita indesiderata, è quella in cui il bambino nasce malformato, senza che la madre abbia potuto esercitare il diritto all'interruzione della gravidanza per mancata o errata informazione.

Anche in questo caso il danno risarcibile si può ravvisare negli oneri materiali che i genitori dovranno sopportare per il mantenimento e le cure del figlio malformato, ma in tale ipotesi il limite della risarcibilità non potrà coincidere con il momento in cui il bambino avrà la capacità di provvedere a se stesso, atteso che in generale le malformazioni non consentono una vita autonoma, quindi il danno emergente dei genitori dovrà essere riconosciuto in via equitativa, tenuto conto della vita media del bambino malformato che di regola non è mai elevatissima.

Per completezza, è opportuno segnalare il diverso orientamento della giurisprudenza, che, se pur minoritario, non riconosce la risarcibilità del danno patrimoniale sul presupposto che le malformazioni del neonato non siano riconducibili all'ecografista.

Infine, va detto che la Corte di Cassazione riconosce che anche il padre del bambino malformato rientra tra i soggetti protetti dal contratto, pertanto il medico in caso di inadempimento sarà tenuto a risarcire i danni immediati e diretti da questi subiti (Cass. 6735/2002). ■

(*) del Foro di Milano



Spulciando qua e là

di Franziska Steno



Liverpool Gran Bretagna

Non può fare a meno di incendiare. È una piromane compulsiva. È stata condannata per avere appiccato diversi incendi ad automobili scelte a caso tra quelle parcheggiate al bordo della strada, ma il giudice le ha consentito di portare con sé accendino e fiammiferi.

Questa la motivazione: lei, di Liverpool, ha 23 anni, è un'accanita fumatrice, e la corte ha deciso che "non si può privare nessuno di un diritto fondamentale come quello di fumare". Il giudice ad ogni modo, le ha imposto altre restrizioni (coprifuoco alle sette di sera, obbligo di indossare un braccialetto elettronico, divieto di mettere piede nelle cittadine dove ha appiccato incendi e seguire un corso di riabilitazione): dovesse infrangere solo uno di questi divieti accendini e fiammiferi le verrebbero tolti per sempre.

La giustizia non è ardore giovanile e decisione energica e impetuosa: giustizia è malinconia.

Thomas Mann – "Disordine e dolore Precoce"



Santa Barbara Stati Uniti

Il cane più brutto del mondo. Talmente brutto da essere riconosciuto come tale anche a livello ufficiale. Sam, un Chinese Crested di Santa Barbara (California), si è aggiudicato il poco ambito premio. Con grande soddisfazione della padrona, che si dice davvero fiera di possedere un cane completamente privo di peli, con un solo ciuffo spelacchiato e giallognolo in testa, le unghie lunghissime, un miliardo di verruche sul muso, la pelle rinsecchita, una massa informe sul petto e cieco per la cataratta. Eppure, Sam è amato e coccolato dalla propria famiglia: passa ormai il tempo concedendo servizi fotografici, spiluccando succulente scatolette, sgranocchiando crostini ricostituenti e sorseggiando acqua minerale. La sua bruttezza è insomma il segreto del suo successo.

Il bello ha l'aria facile, ed è proprio la cosa che il pubblico disprezza.

Jean Cocteau – "Le Coq et l'Arlequin"



Como – Italia

Era stato il primo nonno italiano a farsi adottare. Si era poi scoperto che l'adozione era solo un modo per farsi mantenere e arrotondare la pensione rubando i risparmi di chi lo ospitava. L'arzillo nonnino si è allora presentato in una casa-albergo dove era in corso la festa "Estate Insieme" e ha cominciato a raccontare che aveva bisogno di soldi perché sua figlia, partita per le vacanze, l'aveva abbandonato. Subito è scattata una gara di solidarietà fra gli ospiti della casa-albergo che hanno raccolto una somma da consegnare all'uomo. A scoprire che si è trattato di un raggiro è stato il responsabile dei servizi sociali. I controlli hanno smascherato la bugia e l'accaduto è stato segnalato alle forze dell'ordine, ma il nonnino ottantenne è scappato con il malloppo.

La forza è data al giovane, al vecchio galante la destrezza.

Merlin Cocai – "Il Baldo"



Pistoia – Italia

Si è rivolta all'Unione consumatori dopo aver perso 17 mila euro al Lotto: le hanno pignorato l'auto per i debiti contratti per procurarsi il denaro da spendere al gioco. La pensionata di 60 anni aveva puntato per mesi su un numero della ruota di Firenze ma il numero è uscito solo quando aveva finito i soldi e non poteva giocare. Ha ricevuto l'avviso di pignoramento di alcuni beni per far fronte agli assegni scoperti offerti in pagamento alla ricevitoria dove, fra marzo e agosto, aveva puntato forti somme. Nei guai, rischiando anche lei un pignoramento, è finita anche un'anziana compaesana che avrebbe posto firme per avallare gli assegni dell'amica. "Ero convinta – ha spiegato la giocatrice – che avrei vinto recuperando l'investimento che avevo fatto e per mesi non sono riuscita a smettere".

Il gioco è il figlio dell'avidità, fratello dell'iniquità, padre del male.

George Washington

Incontro La Loggia-Parodi "FACILITERÒ I RAPPORTI TRA ENPAM E REGIONI"

"I rapporti tra gli Enti di Previdenza e le Regioni non sono sempre idilliaci soprattutto a causa dell'asfissiante burocrazia. Anche l'Enpam ogni tanto rischia di precipitare in questo vortice."

È in sintesi l'appello che il presidente Eolo Parodi ha rivolto al ministro per gli Affari Regionali, sen. Enrico La Loggia, in visita all'Ente il 13 settembre scorso.

È stato un incontro amichevole, ma soprattutto utile ai fini operativi. Erano presenti, accanto all'on. Parodi, i due vicepresidenti Mario Falconi e Giovanni Pietro Malagnino e il direttore generale Leonardo Zongoli.



Il Ministro La Loggia

Il ministro ha fatto un excursus dell'attività del suo Ministero, non cercando giustificazioni, ma anzi sottolineando gli intralci e le difficoltà che quotidianamente è costretto ad affrontare in attesa di definitive riforme costituzionali prima fra tutte il federalismo.

Il sen. La Loggia, quotidianamente, deve affrontare situazioni inerenti le infrastrutture, le attività produttive, la scuola, i beni culturali, con tutte le lacune connesse a questi vitali settori. Come se non bastasse – ha fatto presente il Ministro – il suo dicastero è oberato dai ricorsi, presentati dai cittadini e dagli Enti, che raggiungono un numero impressionante. "Tra l'altro ricordo i duemila tavoli tecnico-politici".

Nell'assicurare l'Enpam di una sua fattiva collaborazione per quanto riguarda i rapporti con le varie Regioni italiane (pagamenti delle ASL, contributi ecc.), il sen. La Loggia ha ricordato di aver sempre avuto un occhio di riguardo per le professioni, in particolare per i medici, e si è detto pronto ad aiutare a risolvere i problemi della nostra Fondazione di pertinenza del suo ministero.

"L'Enpam può contare oltre che sulla struttura del dicastero sul mio interessamento particolare".

Il ministro è stato applaudito dai presenti e calorosamente ringraziato dal presidente Eolo Parodi.

UN NOSTRO LUTTO

Vittima di un assurdo incidente stradale ci ha lasciato *Deborah Delfini*, nostra impiegata modello.

Aveva solo 33 anni ed era in procinto di sposarsi. Siamo addolorati, le volevamo bene, molto la stimavamo.

Alla famiglia le nostre condoglianze veramente sincere.

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

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

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

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

Editore: Fondazione ENPAM

Foto: Archivio ENPAM

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

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

Concessionaria Pubblicità

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

In collaborazione con

CONTRACTA srl

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

MENSILE - ANNO VII - N. 8 DEL 22/09/2005
COPIE 415mila

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

Via Torino, 38 - 00184 Roma

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Tel. 06 48294814 - Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

OTTIMIZZAZIONE

Claudia Furlanetto: Tel. 06 48294534

c.furlanetto@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermoni

studio.sermoni@email.it

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldreggini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

Alessia Benussi: Tel. 06 48294887 - Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno: tel. 06 48294890

email: archivio.giornale@enpam.it