

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

Per informazioni:

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

IL GIORNALE DELLA
Previdenza
dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

1	Pensiamo al futuro	33	Affidabilità degli studi clinici
2-4	Il punto sulle Casse	34	Letteratura scientifica
5	Orgoglio e determinazione	35-41	Congressi, convegni, corsi
6-8	"FondoSanità"	42-43	Vita degli Ordini
8	Congedo obbligatorio	44-45	Iniziative sanitarie
10-11	Parliamo di banche e mutui	46-47	Le recensioni
12-13	La parola a... Farindustria	48-49	Oms, gli incidenti stradali
14-15	L'intervista: chemioterapia e farmaci	50	Coltello cibernetico anti tumore
16	Previdenza Enpam	51	Pronto soccorso oncologico
17	Appuntamenti	52-53	I viaggi: la Cina
18-19	Medici e pericolo terrorismo	54	Mostre ed esposizioni in Italia
20-21	Emergenza anoressia	55	Il "nuovo" Palazzo Barberini
22-23	Quando crescere è faticoso	56	Oncologa e scrittrice
24-25	Oltre la malattia la dignità	57	Accadde a... Ottobre
26-27	Von Jauregg, Nobel per la medicina	58	Dove va il cinema italiano
28-29	Silenzio! Ora si parla o straparla?	59	La regina del classic blues
30	Patologia da compassione	60-61	Lettere al Presidente
31	Attualità	62	Filatelìa
32	Il punto sull'agopuntura	63	L'avvocato

ULTIM'ORA

Il contributo dovuto alla "Quota B" del Fondo Generale sarà determinato dagli Uffici dell'Ente sulla base dei dati indicati nel Modello D 2007. Il relativo pagamento dovrà essere effettuato in un'unica soluzione entro il 31 ottobre del corrente anno e comunque non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato (pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale) che la Banca Popolare di Sondrio invierà in prossimità della suddetta scadenza a tutti gli iscritti tenuti al versamento.

Il mancato ricevimento del bollettino non esonera dal pagamento del contributo; in tal caso dovrà essere contattata tempestivamente la Banca Popolare di Sondrio al numero verde:

800.24.84.64.

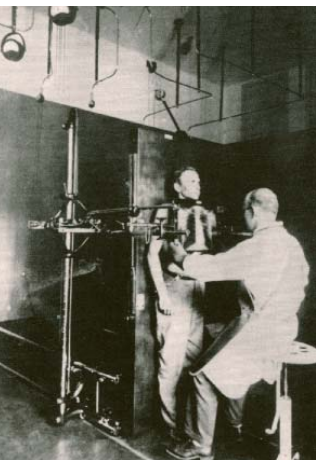


Foto di copertina

La foto di copertina ci ricorda che ancora nei primi decenni del '900 le radiografie venivano effettuate con dispositivi che fornivano scarsa protezione e con tempi di esposizione prolungati. Grandi miglioramenti in questa tecnologia si avvertono solo dopo la seconda guerra mondiale. A proposito di date, in merito alla foto pubblicata in copertina nel numero scorso, relativa ad un intervento chirurgico eseguito da un'équipe di dottoresse di fronte a una platea di donne medico, va segnalato un errore "diabolico". Il 1914, anno in cui si riferisce la foto, è diventato 1848 quasi si trattasse delle 5 giornate di Milano!!! Ce ne scusiamo. La foto delle donne medico ha avuto, comunque, un enorme successo.



Pensiamo al futuro

di Eolo Parodi

Come avrete letto sia sulla stampa normale sia su quella specializzata, abbiamo costituito il FondoSanità. Che cos'è? E' una soluzione veramente complementare a quelle che sono le possibilità della Cassa previdenziale. Si tratta di dare delle possibilità ai medici e agli odontoiatri di costituirsi una specie di riserva per tutto ciò che può accadere nel prossimo futuro. E' ulteriormente evidente che questa è la grande novità per i nostri giovani: ad essi viene affidata l'opportunità di costruirsi delle risorse a latere della situazione previdenziale normale.

Il futuro previdenziale dell'Italia porta solo il rischio di diventare anziani e pensionati in un clima di paura. Noi abbiamo avuto un'occasione unica e per questo sul giornale voglio esprimere i miei ringraziamenti. L'Andi, che aveva già da anni intravisto questa possibilità ed aveva in tal senso costruito un Fondo, ha permesso di metterci assieme, ha evidenziato un nuovo scenario di proporzioni enormi e quindi maggiori certezze di sicurezza. Evidentemente da ciò è nata, secondo me, la grande idea politica, quella di costituire il FondoSanità e di cominciare ad erigere i mattoni di una "casa" comune dei Sanitari

italiani. Verso il nostro FondoSanità sono puntati gli occhi di tutti i Professionisti Sanitari e noi li attendiamo. Si apre un nuovo futuro per la previdenza complessiva fra tutti i nostri medici e i nostri odontoiatri. Mentre tanti "vogliosi" tentano anche con i sotterfugi non tanto di assorbirci, in quanto sarebbe una guerra tremenda, ma di avvelenarci le intense giornate di lavoro e di rifondazione del complesso, noi abbiamo intrapreso nuove strade, nuove possibilità e scelte adeguate di rendimento dei propri investimenti. In questo numero del giornale, su questo argomento, c'è un articolo dell'ami-

co Luigi Daleffe che ha il merito di aver costruito il passato. Siamo di fronte ad una scelta previdenziale e politica. Mi auguro che i medici e gli odontoiatri italiani "non perdano l'autobus". •



*Il Presidente
Eolo Parodi*

di Eolo Parodi

Con il D. Lgs. n. 509 del 1994 e successivamente con il D. Lgs. n. 103 del 1996, il legislatore ha riconosciuto il diritto di alcuni enti pubblici previdenziali di trasformarsi in associazioni o fondazioni in presenza di determinati requisiti, con ciò realizzando un processo di privatizzazione della gestione delle loro funzioni nonché delle loro risorse.

La dottrina si è fatta carico di confermare per gli enti previdenziali privatizzati il carattere di strumentalità nei confronti dello Stato, tipico degli enti previdenziali pubblici. Egualmente, la Corte Costituzionale, in particolare con la sentenza n. 15 del 1999, ha inquadrato il processo di privatizzazione degli enti pubblici di previdenza nell'azione di razionalizzazione delle pubbliche amministrazioni, con lo scopo di eliminare le duplicazioni burocratiche e funzionali, nonché i conseguenti sprechi di denaro pubblico.

Sia ben chiaro, la funzione previdenziale è e resta fine fondamentale dello Stato. Il processo di privatizzazione articola e connota, in presenza di un requisito essenziale, quello

**Norme
di dubbia
costituzionalità**

Le Casse previdenziali nella Babele della politica italiana

Affiorano, qua e là nella legislazione, prescrizioni che inceppano i meccanismi privatistici, contraddicono le logiche di privatizzazione e introducono elementi di sistematica incoerenza incompatibili con i principi di efficienza stabiliti per legge

dell'autosufficienza finanziaria senza alcun sostegno pubblico, una gamma di strumenti gestionali tipici dei soggetti giuridici con personalità di diritto privato.

Sono gli anni '90 del secolo appena trascorso, quelli della privatizzazione del pubblico impiego e di molte imprese pubbliche. E' l'epoca nella quale si traggono le conclusioni di una sostanziale inefficienza di alcune esperienze di gestione pubblica e si aprono le porte all'ingresso del privato e dei suoi istituti come condizione di buon andamento dei processi di produzione dei servizi pubblici.

Con la legislazione sulla privatizzazione il Parlamento comunica un contenuto giuridico univoco, quello dell'impiego legale della capacità di diritto privato nella gestione di alcuni interessi pubblici.

Concetto rilevante già allora, ma tuttora sottoposto ad analisi e ad apparente revisione da parte degli interpreti sia sul versante dell'attuazione, sia su quello

della giurisdizione. In questi ultimi anni, nonostante il robusto rafforzamento delle politiche di privatizzazione, nonostante la loro dilatazione progressiva verso comparti produttivi sempre più ampi, si affacciano, potremmo dire "in controtendenza", alcune tentazioni neo-pubblicistiche.

Affiorano, qua e là nella legislazione, prescrizioni che inceppano i meccanismi privatistici, contraddicono implicitamente o esplicitamente le logiche di privatizzazione, introducono elementi di incoerenza sistematica cui conseguono esitazioni organizzative e gestionali, incompatibili con i principi di efficienza e di immediatezza stabiliti dalla legge per gli enti privatizzati.

Si è costretti a registrare numerose, ripetute distonie legislative, tutte orientate nella direzione di ridurre gli ambiti di autonomia, rasentando o incorrendo in chiare violazioni della Costituzione.

Eppure questa dovrebbe

essere la stagione del pieno consolidamento del processo di privatizzazione degli enti previdenziali. Con quasi 15 anni di esperienza alle spalle, gli amministratori delle Casse hanno maturato conoscenze specialistiche, elaborato programmi di sviluppo, hanno conferito alla gestione un ritmo percepito come diverso e migliore sia dagli utenti, sia dagli incaricati del controllo sulla loro attività. Questi ultimi, numerosi ed attenti, hanno trovato un'espressione accomunante e sintetica nell'affermazione della competente commissione parlamentare di controllo, che ha testualmente e non casualmente rimarcato come "la finalità previdenziale delle Casse, di rilevanza costituzionale, non influisce sulla indubbia natura privata degli Enti che va rafforzata e implementata".

**Si affacciano
tentazioni
neo-pubblicistiche**

All'on. Elena Emma Cordoni, presidente della citata commissione va ascritto il merito di avere, in maniera lucida e rigorosamente documentata, chiesto al Governo se non intenda assumere una iniziativa legislativa per la cancellazione di norme che "attraverso queste continue equiparazioni degli Enti di diritto privato ad amministrazioni pubbliche, tra l'altro - secondo l'interrogante - di dubbia costituzionalità, mettono in discussione le scelte di autonomia operate nel 1994".

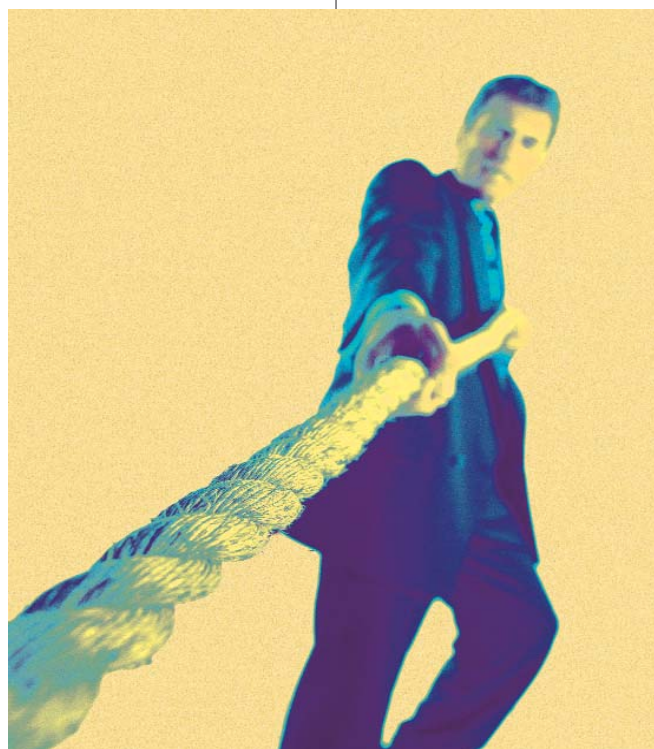
L'interrogazione prende le mosse dalla questione dell'assoggettamento degli enti previdenziali privatizzati alla disciplina dei contratti pubblici di cui al D. Lgs. n. 163 del 2006, nonché all'applicazione nei loro confronti di norme di contenimento della spesa pubblica contenute nelle leggi finanziarie degli ultimi tre anni.

Non ci soffermiamo, in questa sede, sui particolari tecnici, ma un elemento di riflessione va opportunamente evidenziato e promosso.

Il coinvolgimento delle Casse privatizzate nelle questioni di applicazione di norme dirette alla regolazione delle attività di soggetti pubblici deriva sovente dal fatto che dette Casse si ritrovano in elenchi cui le normative fanno riferimento e rinviando. Elenchi formati in sedi comu-

nitare antecedentemente alla normativa di privatizzazione, cioè antecedentemente al D. Lgs. n. 509 del 1994, nei quali si fa riferimento agli enti previdenziali *tout court*. Elenchi formati dall'Istat per meritevoli ragioni di completezza e compostezza tecnica delle rilevazioni e delle risultanze statistiche, anche con riguardo alla confrontabilità dei dati in sede europea. Elenchi che "risucchiano" le Casse privatizzate nella categoria di organismi di diritto pubblico con la conseguente, inevitabile applicazione delle norme stabilite per i soggetti pubblici. Talché, non risulta più percepibile la giustificazione della qualificazione privatistica della natura delle Casse. Se ne ravvisa, a prima vista, la contraddittorietà con il D. Lgs. n. 509 del 1994 e il D. Lgs. n. 103 del 1996.

Non intendiamo addentrarci in approfondimenti riservati ai costituzionalisti, ma abbiamo l'obbligo di porre e proporre un quesito. Se le Casse sono state privatizzate in forza di un principio fondamentale, quello di non godere di alcun finanziamento pubblico, e gli organismi di diritto pubblico debbono possedere, tra le altre caratteristiche fondative, quella di essere finanziati pubblicamente, allora, dobbiamo concludere che le Casse non possono essere organismi di diritto pubblico. Sia chiaro, non ci sfuggono le considerazioni di al-



tro ordine svolte per giustificare l'assegnazione alle Casse di dette connotazioni pubblicistiche, ma tutte, dico tutte, cozzano contro la riserva di legge di cui all'art. 23 della Costituzione, oltretutto con un elementare principio di non contraddizione.

Gli amministratori delle Casse, le linee di produzione dei servizi, i loro responsabili, si sono conformati nel pieno rispetto del D. Lgs. n. 509 e del D. Lgs. n. 103 più volte citati, a schemi organizzativi di tipo privatistico. La surrettizia introduzione di elementi categoriali pubblicistici non solo incrina fortemente il principio di autonomia organizzativa delle Casse, ma altera gli equilibri fra poteri e responsabilità all'interno delle stes-

se. Questo non vuol dire che le Casse privatizzate siano immuni da obblighi e controlli. Al contrario, nei loro confronti, sono validi tutti i controlli stabiliti per i soggetti che operino con capacità di diritto privato. Ciò che davvero risulta incomprensibile è il tentativo di rileggere la legge con il risultato di affermare l'esistenza di una categoria giuridica metà pubblica e metà privata e il rischio di provocarne la paralisi. Non è questo il processo di privatizzazione cui pose mano l'allora Ministro del Lavoro Clemente Mastella, odierno Ministro della Giustizia, da cui attendiamo una coerente e orgogliosa difesa della sua legge.

E' chiaro che il legislatore deve intervenire tempestivamente sulla questione che stiamo commentando

perché costituisce un importante esempio: c'è, infatti, la necessità che vi sia "armonia" - sempre, però, nel rispetto delle competenze costituzionali - tra il disegno riformatore (ogni disegno!) e la sua attuazione.

Ecco, le Casse privatizzate chiedono di essere considerate alla luce delle leggi che le governano e chiedono che, sotto un profilo di buon funzionamento della legge, ogni volta che una norma le riguardi essa debba essere omogenea al disposto istitutivo. Chiedono coerenza e ragionevolezza. Chiedono che la doverosità del rispetto del diritto all'affidamento proprio del legislatore induca quest'ultimo ad un intervento tempestivo di razionalizzazione della disciplina giuridica delle Casse, confermandone ed esaltandone la natura privatistica. Chiedono un chiarimento definitivo sul punto se effettivamente sia in corso un regresso di regolazione nei loro confronti verso la sponda pubblicistica.

Il timore non è infondato, né la domanda ha mero significato retorico.

La bozza di decreto interministeriale che è stata sottoposta agli enti privatizzati, con riguardo all'attuazione dell'art. 1 comma 763, della Legge Finanziaria per il 2007, e successivamente modificata grazie alla determinata e generale mobilitazione, conteneva previsioni prima ancora

che discutibili sul piano tecnico, vistosamente e pregiudizialmente ostili alle Casse. Non possiamo non fare riferimento al comma 2 dell'art. 2 di detta bozza ove era richiesto che il bilancio tecnico sviluppasse la proiezione dei dati per un periodo di **50 anni!**

50 anni, quando la legge afferma testualmente che detto Bilancio tecnico è da ricondursi ad un arco temporale non inferiore ai 30 anni. Che non è una prescrizione abilitativa alla dilatazione del termine. Se avesse voluto indicare in 50 anni detto requisito il legislatore lo avrebbe espresso positivamente (ubi lex voluit, dixit).

E' ben chiaro che la Legge Finanziaria in quel comma 763 (emergono i danni di una legislazione che non rispetta nessuno dei parametri di qualità tecnica stabiliti dalla Costituzione e dai Regolamenti parlamentari) articola la propria volontà regolatrice su due diversi livelli. Il primo, corredato dalla premessa "nel rispetto dei principi di autonomia affermati dal D. Lgs. n. 509 del 1994 e dal D. Lgs. n. 103 del 1996" afferma l'obbligo delle Casse di redigere un Bilancio tecnico con riferimento ad un arco temporale non inferiore ai 30 anni. Libere, a nostro sommo avviso, le Casse nella loro autonomia di scegliere a riferimento un diverso, superiore arco temporale. Sarebbe facile, qui, dimostrare che in so-

**Nessuno
sostiene
che le Casse
siano
immuni
da obblighi
e controlli**

stanza la Legge Finanziaria, stabilito un requisito minimo, facoltizza le Casse a proiettare nel Bilancio tecnico la previsione temporale più idonea alla loro consistenza e capacità previsionale.

Il secondo, con l'assegnazione al decreto interministeriale del compito di determinare i criteri del Bilancio tecnico. Il decreto interministeriale non può intervenire sull'arco temporale di riferimento. Semplicemente non è suo compito. La legge assegna all'autonomia delle Casse il ruolo di decidere la durata complessiva del Bilancio tecnico, fermo restando che non può essere inferiore ai 30 anni.

Non pare dubbio che il decreto interministeriale sotto il profilo segnalato, sarebbe stato esposto ad un sindacato di illegittimità. Ma questo è ancora un piano formale di giudizio. Il piano sostanziale è rappresentato dalla valenza politica dell'atto che nel porre un limite tecnicamente irraggiungibile sembrava voler cogliere l'obiettivo di affermare l'inaffidabilità

delle Casse e la necessità di porle, con atti successivi e sequenziali, in liquidazione. E' questo il vero nodo. Abbiamo il diritto di sapere se si vuole dare un nuovo slancio e vigore alle Casse privatizzate o se si vuole cancellare una positiva esperienza di privatizzazione, una delle poche in Italia, per mero calcolo politico, per mai sopiti pregiudizi ideologici o per bramosia di mettere le mani, come si è tentato altre volte, sul loro patrimonio. ***I professionisti italiani, a cominciare dai medici e dagli odontoiatri, debbono prendere coscienza della severa criticità del momento ed intraprendere tutte le iniziative necessarie a difesa del proprio futuro previdenziale, che passa attraverso una ridefinizione chiara della natura, del ruolo e delle funzioni delle Casse privatizzate.***

Per ora il pericolo sembra essere scongiurato, ma rimane l'atteggiamento di fondo di un'intera classe politica, fatte salve alcune solitarie e lo-devolissime eccezioni, che è sostanzialmente diffidente nei nostri confronti se non addirittura ostile.

La nostra lunga esperienza ci dice che non c'è da stare tranquilli. Aspettiamo di essere smentiti, ma è altrettanto vero che faremo del tutto per esserlo. •



di Mario Falconi (*)

Nell'ultimo numero del nostro giornale il presidente Parodi, nel suo editoriale dal titolo "nonostante tutto, prima di tutto: Orgoglio", ha lanciato un accorato appello a tutti i professionisti medici ed odontoiatri perché ritrovino rapidamente l'orgoglio e la consapevolezza di aver contribuito molto a migliorare i livelli di salute nel nostro Paese e che pertanto devono: "tirare su la testa".

Nessuno può permettersi di ignorare che siamo sulla pericolosa china del non ritorno.

Condividiamo al cento per cento questo suo appello e ci battiamo da anni perché tutti i protagonisti della nostra grande professione, comunque inseriti in ambito lavorativo e qualunque specialità esercitino, sappiano ritrovare quella radice comune indispensabile per rompere quel perverso accerchiamento al quale siamo costantemente sottoposti.

I protagonisti di tale accerchiamento sono costituiti

Orgoglio e determinazione

non solo da parti rilevanti del mondo politico, che invade e lottizza; ma anche dal variegato universo dei media, che spesso sacrifica il sacrosanto diritto/dovere di una corretta informazione in sanità, sull'altare del sensazionalismo e dello scandalo; così come dalla dirompente invadenza di un numero sempre più crescente di altri profili professionali sanitari che addirittura rivendicano ed ottengono di poter dirigere strutture complesse avendo sottoposti medici, i quali fanno da parafulmine quando c'è comunque da affrontare la denuncia di un cittadino che, a torto o a ragione, ritiene di aver subito un danno. È emblematico quello che sta accadendo tra psicologi e psichiatri e che rischia di coinvolgere in tal senso altri profili professionali.

Nutriamo da sempre un senso di profonda stima per gli infermieri in considerazione anche del loro delicato e soprattutto gravoso ruolo professionale, ma non ci entusiasma affatto l'idea che qualcuno pensi di affidare loro, in virtù della laurea specialistica, la direzione di strutture sanitarie di qualsivoglia tipo, con alle dipendenze gerarchiche dei medici. La stima che abbiamo per loro è anche sostanzia-

ta dal modo in cui riescono ad essere una lobby coesa e compatta, che sa perfettamente come raggiungere i propri obiettivi. E da questo sì, che i medici dovrebbero imparare qualcosa.

Anche l'Enpam, Ente previdenziale di medici e odontoiatri, in tale situazione di permanente criticità della professione, rischia di essere assorbito nel calderone della previdenza pubblica.

Basti pensare che dopo le critiche che avevamo fatto per i contenuti nella Legge finanziaria dello scorso anno e di cui abbiamo dato ampia informazione, addirittura qualcuno al Ministero del Lavoro ha recentemente pensato di inserire nella prossima Finanziaria norme che ci avrebbero obbligato ad una stabilità di bilanci fino a 50 anni; richiesta assurda ed oggettivamente insostenibile, che però porterebbe in caso di inadempienza guarda caso al commissariamento.

Siamo un ente sano ma non ci si può chiedere strumentalmente, e per fini inconfessabili, l'impossibile. La risposta dura dell'Adepp, di cui noi siamo parte determinante, ha per ora scongiurato tale pericolo.

Perché tale inflessibile rigore non si pensa di indi-

rizzarlo anche verso la previdenza pubblica?

Noi crediamo nella professione e non abbiamo nessuna intenzione di abbassare la guardia e come noi moltissimi medici e odontoiatri italiani.

È per questo che nella nostra veste ordinistica, con il sostegno di altri Ordini provinciali, abbiamo organizzato una manifestazione-confronto con i rappresentanti delle istituzioni e dei partiti sul tema "Tutela della salute, tra cattiva politica e medicina difensiva", che si terrà la mattina del 18 ottobre presso il Teatro Capranica di Roma. Invitiamo tutti: politici, medici, odontoiatri e giornalisti alla più ampia partecipazione.

Tale appuntamento non è il solito convegno o tavola rotonda per fare vetrina, non è uno sciopero o una manifestazione di semplice protesta, ma una vera e propria "deadline".

Da parte nostra porteremo concrete proposte finalizzate alla tutela della salute dei cittadini e per restituire soprattutto serenità ad una professione che ne ha vitale bisogno.

Gli Ordini professionali hanno il dovere di fare il possibile per lanciare l'allarme ora che il livello di guardia è stato davvero raggiunto: superarlo porterebbe ad un'implosione dell'intero sistema sanitario e della nostra Fondazione.

(*) Vice presidente vicario Enpam

Enpam + Andi

Ecco "FondoSanità"

Le Casse di previdenza possono indirizzare i loro investimenti in modo da ottenere il massimo rendimento senza rischi per il patrimonio che deve garantire le pensioni agli aderenti

di Luigi Daleffe (*)

Di notizie, dibattiti, spiegazioni, chiarimenti, opinioni, sulla crisi previdenziale in Italia ne abbiamo letti, ascoltati, subiti, una caterva in questi anni; mi sia permesso quindi di esprimere alcuni concetti in modo estremamente elementare, così da essere chiaro, e di non infierire.

Le Casse di previdenza obbligatoria, per noi l'Enpam, ma il concetto vale per tutte le Casse, devono indirizzare i propri investimenti in modo da avere il massimo rendimento possibile, ma senza rischi per il patrimonio, che deve garantire le pensioni degli aderenti.

Ma questa gestione del patrimonio a bassissimo rischio, sicura, non è in grado di offrire rendimenti elevati, tali da poter compensare i vuoti sempre maggiori creati dall'aumento dei pensionati e dell'aspettativa di vita della popolazione. Ecco quindi che si interviene alzando l'età pensionabile, diminuendo i coefficienti con cui si calcolano le rendite, ricorrendo alla previdenza complementare.

La previdenza complementare si assume, quindi, un compito importante per tutti i lavoratori, ma fondamentale per i giovani. Per i primi si tratta, infatti, di un investimento che permette di accantonare un patrimonio, per il periodo di quiescenza, con grandi vantaggi fiscali, gestendolo secondo la propria propensione al rischio ed in relazione al tempo che manca al momento del pensionamento. Per i giovani, in più, attraverso la previdenza complementare, è possibile gestire l'investimento in modo più aggressivo: l'orizzonte tem-

porale lunghissimo diluisce il rischio di un investimento azionario attivo, permettendo rendimenti molto più elevati.

Si dirà che un maggior rendimento di un investimento azionario non cambia la vita: sono d'accordo. Ma facendo alcuni conti si evidenzia che un rendimento superiore del 3% in 36 anni raddoppia il capitale: non cambia la vita, però la può migliorare significativamente, proprio nei momenti in cui possiamo averne più bisogno.

Semplificato al massimo, questo è il motivo per cui,



a meno che non ci sia la sicurezza di accantonare un bel gruzzolo che permetta di godere la vecchiaia al riparo da ogni problema, è conveniente valutare la proposta di FondoSanità.

Che cosa è FondoSanità? Cercheremo di spiegarlo raccontando un po' anche la sua storia.

Nel 1996 l'Associazione nazionale dentisti italiani costituiva, sulla base della normativa prevista nel decreto 124/1993, l'Associazione Fondo pensione complementare a capitalizzazione per i dentisti; in seguito, nel 1999, ottenute tutte le autorizzazioni, nasceva il vero e proprio FondoPensione, chiamato in breve FondoDentisti; era un fondo pensione complementare, chiuso, riservato agli esercenti legalmente l'odontoiatria.

Quando la normativa previdenziale, con il decreto 243/2004, ha concesso alle Casse previdenziali privatizzate, come l'Enpam, la possibilità di istituire un fondo pensione complementare, l'Ente ha fatto studiare in modo approfondito l'argomento da alcuni esperti del settore, con l'obiettivo di costituire un fondo pensione complementare per i medici. Al termine dello studio, fra i diversi percorsi proposti, emergeva che la via più breve e sicura per offrire ai medici la previdenza complementare era costituita dall'allargamento di FondoDentisti a tutti gli iscritti all'Enpam. A quel punto era naturale la richiesta al fondo di ampliamento.

to della platea dei possibili aderenti, ed il conseguente allargamento della fonte istitutiva, che non è più la sola Andi, ma è affiancata dall'Enpam. Esaurita la fase del cambiamento dello Statuto, ed ottenute le necessarie autorizzazioni, dal 26 luglio FondoDentisti si è trasformato in FondoSanità.

FondoSanità è dunque "Fondo Pensione complementare a capitalizzazione per gli esercenti le professioni sanitarie": un fondo chiuso, per ora limitato a tutti gli iscritti all'Enpam, ma che in futuro potrà allargarsi anche ad altre professioni sanitarie.

Come funziona un fondo pensione complementare chiuso? Innanzitutto occorre precisare che esiste incompatibilità fra i Consigli di amministrazione delle fonti istitutive e quello del fondo; pertanto i consiglieri di amministrazione di Enpam e di Andi non possono far parte del Consiglio di amministrazione di FondoSanità. Quindi, una realtà assolutamente indipendente (ma non per questo non opererà in assoluta sinergia) per poter garantire il massimo vantaggio agli aderenti; questo è l'obiettivo!

Tornando all'organizzazione, e cominciando dalla base, gli aderenti eleggono, ogni tre anni, l'Assemblea dei delegati, la quale poi nominerà i consiglieri di amministrazione ed il Collegio dei sindaci.

I compiti del Consiglio di amministrazione sono numerosi (lo Statuto completo e la scheda informativa



sono a disposizione sul sito di FondoSanità www.fondosanita.com), ricordo solo che da questo organo sono nominati i dirigenti del Fondo, compreso il direttore generale, e sono scelti il service amministrativo, la banca depositaria, ed i gestori finanziari. Il Fondo, infatti, non svolge in prima persona i compiti di gestione finanziaria: questa attività è affidata a gestori professionali, i quali operano indirizzando gli investimenti del patrimonio gestito dalla banca depositaria, e sono controllati, inoltre, da una Società di controllo della gestione finanziaria. A proposito della gestione finanziaria, questa è suddivisa in tre comparti, obbligazionario, bilanciato ed azionario, in

modo che l'aderente possa scegliere, in base al suo orizzonte temporale di permanenza nel Fondo ed alla sua propensione al rischio, in quale comparto investire.

Riassumendo il funzionamento, chi vuole iscriversi, dopo aver visionato la scheda informativa e lo Statuto invia la scheda di adesione alla segreteria del Fondo, con la quota di adesione "una tantum" (26 euro); poi effettua il versamento contributivo (può farlo in unica soluzione annuale o in due tranches) sul conto corrente dedicato della banca depositaria (Banca Intesa), indicando in quale comparto il suo patrimonio deve essere gestito. È facoltà dell'aderente cambiare comparto, gratuitamente, una

volta l'anno; una volta l'anno riceve anche notizie per posta sull'andamento del suo patrimonio, patrimonio che comunque può controllare tutte le volte che vuole su internet utilizzando il suo codice personale segreto.

Il sistema di controlli è costituito, oltre che dal Consiglio di amministrazione, dal service amministrativo e dalla banca depositaria, dalla Società di controllo della gestione finanziaria, dal Collegio dei sindaci, dalla Società di revisione dei bilanci, dalla Società di controllo interno, e dalla Commissione di vigilanza sui Fondi Pensione.

Il patrimonio accumulato potrà essere utilizzato per una rendita vitalizia, con la possibilità di riscuoterne



FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE A CAPITALIZZAZIONE PER GLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE

Piazza della Repubblica, 68 - 00184 Roma
Cod. Fisc. 97132130580 - Albo dei Fondi Pensione n. 77
Registro Persone Giuridiche N. 61/99
Tel. 06/48294333 - Fax 06/48294284
Sito internet: www.fondosanita.it
e-mail: segreteria@fondosanita.it

una quota, in ogni modo non superiore al 50%, sotto forma di capitale; per la rendita vitalizia potrà essere indicata una persona titolare dell'eventuale reversibilità. Durante la fase di accumulo l'aderente potrà accedere ad una polizza assicurativa integrativa relativa all'invalidità o premorienza, così come potrà ottenere anticipazioni.

La deducibilità fiscale del versamento può raggiungere annualmente 5.164,57 euro, come tutti i fondi, anche quelli aperti; la quota di gestione **amministrativa annuale è di 60**, ma quello che differenzia FondoSanità, è il valore della commissione annuale di gestione, che varia dallo 0,10 allo 0,15 %. Considerando che difficilmente troviamo fondi aperti che costino meno del 2%, il conto della convenienza è presto fatto: se dopo qualche anno possiamo prendere in considerazione un patrimonio di 20.000,00 euro, ogni anno sono 400,00 euro contro i 20 o 30 di FondoSanità. E quando il patrimonio sarà di 50.000,00 euro avremo 1.000,00 euro contro i 50-75 di FondoSanità. E tutto questo con rendimenti che sono quantomeno in media con gli altri fondi.

Nel prossimo futuro, oltre al sito internet di FondoSanità, con tutto il materiale, cercheremo di mettere a disposizione di tutti sufficiente materiale informativo, oltre a renderci disponibili per ogni informazione possibile. •

(*) *Presidente FondoSanità*

Congedo obbligatorio

Quando la madre non può prendersi cura del neonato il padre lavoratore può assentarsi dal lavoro sino al terzo mese di vita. La documentazione da presentare

di **Marco Perelli Ercolini (*)**

In caso di morte o di grave infermità della madre o in caso di abbandono o di affidamento esclusivo, quando cioè la madre non può prendersi cura del neonato, il padre lavoratore, dipendente pubblico o privato, ha diritto ad assentarsi dal lavoro sino al terzo mese di vita del neonato (periodo di astensione obbligatoria successivo al parto).

Questo non solo per assicurare al bambino l'assistenza necessaria al suo sviluppo fisico, ma anche e soprattutto per consentire l'instaurarsi di rapporti affettivi indispensabili alla formazione della sua personalità.

Il diritto spetta al padre indipendentemente dalla circostanza che la madre fosse o meno lavoratrice dipendente.

Per tutto il periodo dell'astensione obbligatoria (primi tre mesi dopo il parto), i padri lavoratori hanno diritto all'intera retribuzione, comprese le quote di salario accessorio fisse e ricorrenti, relative alla professionalità e produttività, nonché alla tredicesima mensilità. Sono esclusi, invece, tutti gli emolumenti la cui corresponsione sia connessa all'effettiva presenza in servizio.

L'astensione obbligatoria è calcolata a tutti gli effetti ai fini dell'anzianità di servizio (e pertanto si matura il diritto ai permessi

contrattualmente previsti e alle cosiddette ex festività), delle ferie e della tredicesima ed è considerata attività lavorativa ai fini della carriera e della previdenza (premio di fine servizio o Tfr) e quiescenza (pensione).

Ai fini del riconoscimento del diritto il padre lavoratore deve presentare:

- specifica domanda all'ufficio personale presso l'ente cui lavora, corredata dal certificato di stato di famiglia e di esistenza in vita del bambino;
- in caso di grave malattia della madre, certificato rilasciato da un medico appartenente ad una A.S.L. attestante tale stato d'infermità e la conseguente impossibilità per la stessa di accudire il bambino;
- in caso di decesso della madre, il certificato di morte;
- in caso di affidamento al solo padre copia del provvedimento dell'autorità giudiziaria che ha disposto l'affidamento;
- in caso di abbandono, dichiarazione sostitutiva di atto notorio. •

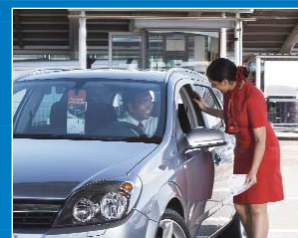
(*) *Consigliere Enpam*





Servizi Integrativi

Per conoscere tutte le novità
sulle convenzioni che
abbiamo stipulato a
favore dei
Medici Italiani
collegati a
www.enpam.it



Parliamo di banche parliamo di mutui

L'Enpam propone ai propri iscritti, ma anche ai pensionati ed ai superstiti, un'offerta completa e competitiva. I tassi applicati ai mutui risultano più bassi rispetto ai valori di mercato

di **Pietro Ayala (*)**

A partire dalla metà degli anni Sessanta, l'Enpam accoglie le numerose richieste dei propri iscritti, supportate dagli Ordini Provinciali dei Medici, e attiva la possibilità di rilasciare mutui ipotecari per l'acquisto o la costruzione di immobili destinati ad abitazione o ad uso professionale.

Per i primi tre anni la forma scelta è quella a tasso fisso (5%); successivamente, per garantire che l'investimento abbia una buona redditività e assicurare una copertura contro i rischi monetari, l'Enpam opta per i mutui indicizzati.

Negli anni Settanta, però, l'inflazione raggiunge livelli molto elevati e finisce con l'incidere pesantemente sul meccanismo di indicizzazione: i mutui diventano onerosi per i mutuatari, che spesso non riescono a far fronte agli impegni assunti, e troppo rischiosi per il mutuante stesso, che deve fare i conti con i rischi di morosità legati alla lunga durata dell'ammortamento.

Dopo aver concesso circa 19.000 mutui, a dicembre 1975, l'Enpam si trova co-

stretto a sospendere l'erogazione dei mutui, optando per altre forme di investimento.

È doveroso dire che questi mutui hanno portato a contenziosi, inadempienze e ritardi nell'adempimento dei contratti tali da provocare enormi danni che si sono protratti negli anni successivi.

La richiesta, da parte degli iscritti, di poter usufruire di soluzioni di finanziamento da destinare all'acquisto di beni immobiliari non viene mai meno nel corso degli anni e l'Enpam decide di non ignorarla.

Nel 1998, infatti, con la Banca Nazionale del lavoro, il Monte dei Paschi di Siena, l'Istituto San Paolo di Torino stipula una convenzione a favore dei propri iscritti che intendano accendere un mutuo, con tassi agevolati rispetto ai valori di mercato e riduzione delle spese di istruttoria.

Attualmente i mutui ipotecari rappresentano il principale prodotto venduto dalle banche italiane e negli ultimi anni la concorrenza fra i vari Istituti di Credito si è notevolmente intensificata.

La clientela può scegliere, secondo le proprie esigenze economiche, varie forme contrattuali, diverse sia per le modalità di finanziamento, sia per le tipologie di tasso, fisso, variabile o misto.

Nei mutui a tasso fisso la rata rimane costante, a prescindere dal costo del denaro, durante tutto il periodo di ammortamento. Questa tipologia risulta vantaggiosa se, dopo la stipula del contratto, si verifica un aumento dei tassi.

La costanza della rata consente di gestire e prevedere l'onere complessivo del finanziamento, anche se, nella fase iniziale, si pone su livelli più elevati rispetto a quello del mutuo a tasso variabile. Tuttavia, agendo sulla durata del contratto di mutuo, è possibile contenere l'importo della rata. Nella pratica il tasso fisso si associa a periodi di ammortamento più lunghi. Nei mutui a tasso variabile, la misura per il calcolo degli interessi cambia in relazione all'andamento del costo del denaro, viene quindi meno la certezza circa l'entità delle rate e, al momento dell'accensione, non si conosce il costo complessivo dell'operazione.

**Informazioni
sulle convenzioni
all'interno del sito
www.enpam.it**

Per contro, la misura del tasso variabile è inferiore a quella del tasso fisso e, a parità di scadenza e di importo erogato, la rata iniziale risulta più bassa. Il rischio di variazioni nella misura degli interessi può essere mitigato con la riduzione della durata dell'ammortamento.

Con i mutui a tasso misto il mutuatario ha la possibilità di passare da una rata costante ad una rata variabile. Nel corso della vita del mutuo si ha, quindi, l'opportunità di modificare la misura iniziale degli interessi, sulla base delle aspettative circa l'andamento del costo del denaro.

Dopo un periodo di stabilità dal 2003 al 2005, in cui il tasso di riferimento della Banca Centrale è rimasto fermo al 2%, lo scenario attuale dei mercati finanziari è piuttosto instabile. Negli ultimi due anni si è verificato un aumento di 2 punti percentuali sul costo del denaro e, di conseguenza, un aumento del tasso applicato ai finanziamenti, fino alla recente crisi dei mutui *subprime* americani.

Nell'ambito di questo quadro la proposta dell'Enpam si distingue per il suo livello concorrenziale. Attraverso un costante aggiornamento delle convenzioni stipulate con le più im-

portanti Banche (che, a seguito delle varie fusioni, sono diventate la Bnl gruppo Bnp Paribas, Intesa San Paolo, Monte dei Paschi di Siena, e per ultimo la Banca Popolare di Sondrio) l'Enpam è ora in grado di prospettare ai propri iscritti (nonché ai pensionati e ai superstiti) un'offerta completa e competitiva, che riguarda tutta la gamma dei prodotti bancari, con un'attenzione particolare ai mutui. Nello specifico, i tassi applicati ai mutui risultano più bassi rispetto ai valori di mercato, grazie all'applicazione di uno *spread* ridotto, al forte abbattimento delle spese di istruttoria e alla riduzione dei tempi di erogazione del finanziamento.

La tabella a destra mette a confronto le condizioni praticate dagli Istituti di Credito convenzionati ai quali i nostri iscritti potranno rivolgersi, anche per tutti gli altri servizi bancari sui quali vengono applicate condizioni di maggior favore per i medici.

È evidente che l'Enpam, per motivi istituzionali e di controllo, non può assumersi alcuna responsabilità nei confronti sia degli Enti mutuanti sia degli iscritti che aderiscono.

Per ulteriori e maggiori dettagli sulle convenzioni è possibile consultare il portale dell'Enpam all'indirizzo www.enpam.it.

(*) Vice Direttore generale Enpam

IMPORTO EROGATO		fino ad	300.000,00	fino ad	250.000,00	fino all'80% del val. dell'immobile	fino ad	250.000,00
TASSO FISSO:								
10 ANNI			5,20		IRS* + spread 0,70: 5,20		IRS* + spread 0,70: 5,20	
15 ANNI			5,30		IRS* + spread 0,70: 5,34		IRS* + spread 0,70: 5,34	
20 ANNI			5,40		IRS* + spread 0,70: 5,40		IRS* + spread 0,70: 5,40	
25 ANNI			5,50		IRS* + spread 0,90: 5,60		IRS* + spread 0,90: 5,60	
30 ANNI			5,55				IRS* + spread 1,00: 5,68	
35/40 ANNI			5,85					
TASSO VARIABILE:								
10 ANNI			euribor 1/m ** + spread 0,70: 4,98		euribor 6/m** + spread 0,70: 5,26		euribor 1/m** + spread 0,80: 5,08	
15 ANNI			euribor 1/m ** + spread 0,70: 4,98		euribor 6/m** + spread 0,70: 5,26		euribor 1/m** + spread 0,80: 5,08	
20 ANNI			euribor 1/m** + spread 0,80: 5,08		euribor 6/m** + spread 0,70: 5,26		euribor 1/m** + spread 0,80: 5,08	
25 ANNI			euribor 1/m** + spread 0,85: 5,12		euribor 6/m** + spread 0,90: 5,46		euribor 1/m** + spread 1,00: 5,27	
30 ANNI			euribor 1/m** + spread 0,95: 5,22				euribor 1/m** + spread 1,10: 5,37	
35/40 ANNI			euribor 1/m** + spread 0,95: 5,22					
TASSO MISTO:								
10 ANNI					fisso 2 anni IRS + spread 0,70		fisso 3 anni IRS + spread 0,50: 5,20	
					variabile euribor 6/m+spread 0,70		variabile euribor 6/m + spread 0,75	
15 ANNI					fisso 2 anni IRS + spread 0,70		fisso 5 anni IRS + Spread 0,60: 5,30	
					variabile euribor 6/m+spread 0,70		variabile euribor 6/m + spread 0,85	
20 ANNI					fisso 2 anni IRS + spread 0,70			
					variabile euribor 6/m+spread 0,70			
25 ANNI					fisso 2 anni IRS + spread 0,90			
					variabile euribor 6/m+spread 0,90			
30 ANNI					fisso 2 anni IRS + spread 0,90			
					variabile euribor 6/m+spread 0,90			
SPESE ISTRUTTORIA								
			riduzione del 50%		esenti		0,20 importo del mutuo comprensivo	150 + 3,50 per ogni rata
							assicurazione incendio	per 10 anni
*I valori riferiti all'IRS sono quelli pubblicati dal Sole 24 ore il 12/9/07								
**I valori riferiti all'euribor riguardano la media % del mese di agosto '07								



Sergio Dompé, presidente di Farmindustria, è nato il 14 ottobre 1955 a Milano dove ha frequentato la facoltà di Economia e Commercio all'Università Cattolica. Giovannissimo, fa il suo ingresso nella Dompé Farmaceutici, fondata dal padre, e nel 1983 ne diviene il direttore generale. Si distingue fin da subito per la capacità di sviluppare i nuovi settori della ricerca fondando nel 1988 la Dompé Biotec e nel 1993 il Centro di ricerca e produzione della Dompé S.p.a. Presidente della Dompé Farmaceutici, Dompé S.p.a., Ata e Ista. Nel 1996 l'Università di Bologna gli conferisce la Laurea Honoris Causa in Biotecnologia.

Imprese del farmaco: nuove prospettive

La Legge Finanziaria 2008 dovrà apportare radicali cambiamenti in un settore così importante per la salute dei cittadini

di Sergio Dompé

Chiusa la pausa estiva, si accende il dibattito sulla Legge Finanziaria 2008.

Una Finanziaria di sviluppo: è quello che si attendono, dal canto loro, le imprese del farmaco dopo l'assemblea pubblica di giugno che ha consolidato il dialogo con il governo e le Istituzioni.

Le stesse parole del presidente del Consiglio Romano Prodi, "Regole certe e trasparenza assoluta" e quelle del ministro Bersani, "Il settore farmaceutico può rappresentare un driver della riscossa industriale", sembrano confermare una diversa attenzione verso le aziende farmaceutiche

che chiedono stabilità per poter operare sulla frontiera dell'innovazione.

Le imprese del farmaco producono valore ma non possono continuare a farlo senza un quadro di regole certe e attente al futuro. Ogni azienda rappresenta un patrimonio importante per il Paese, per lo sviluppo industriale, la crescita economica e in fondo anche un vero valore per i cittadini.

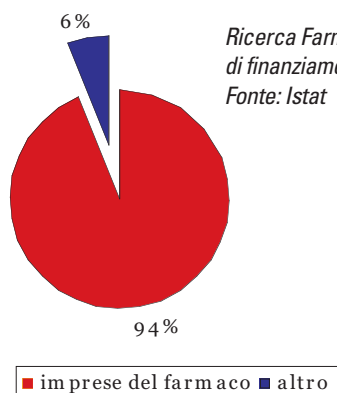
Nella farmaceutica l'Italia è uno tra i più importanti Paesi produttori, come mostrano i dati di seguito riportati:

- 250 imprese produttrici di specialità farmaceutiche e 100 di materie prime;
- 73.700 addetti tra i più qualificati nel panorama industriale;
- 6165 addetti alla R&S, l'8,4% degli addetti totali, un valore molto superiore rispetto alla media dell'industria (1,1%);
- oltre 22 miliardi di euro di produzione, il 55% circa rivolto ai mercati internazionali;
- quasi 12 miliardi di euro di export totale, di cui 9,3 di medicinali che registrano un saldo estero positivo ormai da 10 anni;

- più di 1 miliardo di euro di investimenti ad alta connotazione tecnologica;
- oltre 1 miliardo di spese in R&S, più del 10% del totale delle imprese in Italia. In rapporto al fatturato 10 volte la media dell'industria manifatturiera. Le imprese del farmaco, quindi, si distinguono per vocazione alla Ricerca e innovazione, elevati livelli di investimenti, qualità nell'occupazione e propensione all'export, caratteristiche che permettono di generare una maggiore quota di valore aggiunto rispetto alla media dell'industria.

Sono risultati ottenuti nonostante le imprese operino in un contesto sfavorevole, caratterizzato dalla completa mancanza di programmazione a medio-lungo termine: solo negli ultimi sei anni diciotto provvedimenti hanno tagliato notevolmente i prezzi dei farmaci. Sono però risultati che non potranno più essere confermati se, a partire dalla Finanziaria in preparazione, il quadro non muterà radicalmente riconoscendo il ruolo e i valori delle imprese del farmaco per la crescita del Paese.

I livelli di spesa farmaceutica pubblica pro-capite in Italia sono, infatti, inferiori a quella dei principali Paesi europei perché i prezzi dei farmaci con prescrizione sono tra i più bassi in Europa: nel corso del 2006 il gap si è allargato mediamente dal 20 al 30% (con punte fino al



40%) per effetto dei provvedimenti.

Rispetto ai concorrenti europei, l'Italia dal 2001 ha avuto, poi, il più forte calo dei prezzi (del 14,2% per il totale dei medicinali, ma di circa il 20% per quelli rimborsabili) a fronte di costi sempre in aumento come nelle aree dei trasporti ed energia e di un carico fiscale che in media si attesta al 65%. Questo squilibrio tra prezzi e costi, unito alla presenza di un quadro mutevole di regole che non permette la pianificazione a lungo termine degli investimenti, rappresenta un serio svantaggio competitivo per le imprese del farmaco operanti in Italia.

È doveroso ricordare che i tagli stabiliti dalla Legge Finanziaria 2007 sull'intera sanità incidono per il 50% sulla sola farmaceutica, che rappresenta il 16% della spesa.

Questa, dunque, la situazione che caratterizza il settore. Situazione non più sostenibile, se si vuole crescere e sviluppare maggiormente le leve della competizione globale.

Ogni impresa del farmaco, che produca o faccia ricerca, ha nel suo Dna l'innovazione che richiede orizzonti temporali ampi e quindi molta pazienza, risorse finanziarie e una forte capacità di network.

Il settore ha le potenzialità per crescere e vuole farlo, ma è necessario disegnare, attraverso un dialogo a due sensi tra Governo e imprese, una nuova

SPESA FARMACEUTICA TOTALE E PRO-CAPITE – CONFRONTI INTERNAZIONALI (CANALE FARMACIA PREZZO AL PUBBLICO)				
PAESI	Spesa farmaceutica globale		Spesa farmaceutica pro capite	
	milioni di euro	var % 2006/2005 (valuta locale)	euro	Indice (Italia =100)
Italia (*)	19.083	1,1	324,8	100,0
Francia	32.597	4,0	518,3	159,6
Germania	37.951	0,5	460,4	141,7
Regno Unito	23.741	3,1	393,1	121,0
Spagna	13.888	6,3	317,4	97,7
Belgio	4.432	-0,4	421,7	129,8
Paesi Bassi	4.390	2,4	268,8	82,7
Grecia	5.033	11,4	452,4	139,3
Portogallo	3.520	4,8	333,1	102,5
USA	357.391	7,0	1.204,6	370,9
Giappone	71.578	0,0	560,7	172,6

(*) al netto dello sconto obbligatorio farmacie e industrie
Fonte: elaborazioni su dati IMS, eurostat

politica del farmaco che sappia applicare una corretta definizione e attribuzione delle risorse finanziarie per la spesa farmaceutica, tenendo conto dell'invecchiamento del Paese, il più elevato in Europa, e l'aumento della domanda di salute. Un dato esemplare: in Italia rispetto agli altri grandi Paesi europei la spesa pro capite per la Previdenza è più alta del 10%, mentre quella per la Sanità è più bassa del 15% (e per i farmaci addirittura del 30%, come già sottolineato).

La popolazione invecchia e l'ultimo 20% di vita assorbe l'80% delle risorse destinate ad Assistenza sanitaria e pensioni.

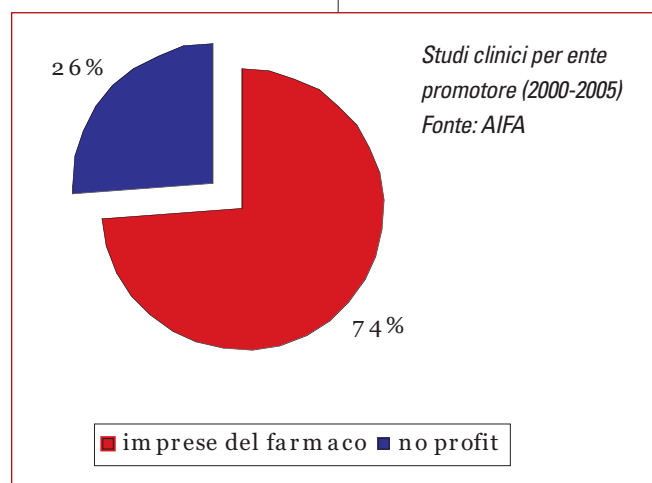
È necessario in definitiva, tracciare le linee di un nuovo sistema che tenga conto da un lato dell'evoluzione socio-demografica del Paese, e delle maggiori risorse che questa richiede,

e dall'altro renda possibile la crescita delle imprese attraverso una politica capace di "far esplodere" gli investimenti in ricerca.

È di questi giorni, infine, la conferma della notizia che il nostro Sistema sanitario nazionale è uno dei migliori al mondo con un ottimo rapporto prezzo-qualità-accessibilità. Su questo target dobbiamo andare avanti e costruire un network di eccellenze: Imprese – Uni-

versità - Centri ricerca e Istituzioni. Insieme bisogna cooperare per migliorare i buoni risultati già ottenuti. "Non sedersi" ma puntare al futuro con un approccio culturale più attento verso l'innovazione e soprattutto attribuendo una equa correlazione tra spesa e valore generato dallo sviluppo.

(*) Presidente
di Farmindustria



di **Andrea Sermonti**

Ogni anno in Italia più di 6500 persone si sottopongono ad una terapia antitumorale nei 300 centri di oncologia nazionali. Molte di queste vanno purtroppo incontro ad effetti collaterali spesso molto fastidiosi: uno su tre, ad esempio, è colpito da neuropatie a livello delle vie nervose periferiche che comportano dolore, perdita di sensibilità e perdita o alterazione della mobilità o manualità. "Il primo passo – sottolinea il prof. Guido Cavaletti – è quello di riuscire a riconoscere, documentare e quantificare questo effetto collaterale in maniera uniforme tra tutti i medici".

Quello delle neuropatie indotte dal trattamento con chemioterapici è un problema di grande rilevanza sociale. Ce lo può quantificare?

Migliaia di persone tutti i giorni vengono sottoposte a trattamento chemioterapico anti-neoplastico, e molte sono costrette ad interrompere il trattamento per la comparsa di effetti collaterali; in particolare in un paziente su tre di quelli trattati compaiono sintomi a carico del sistema nervoso, prevalentemente a carico del sistema nervoso periferico. C'è ad esempio un farmaco molto recente e molto efficace che viene utilizzato come tratta-

Intervista al prof. Guido Cavaletti –
Dipartimento di Neuroscienze e tecnologie
biomediche dell'Università di Milano Bicocca
e Clinica neurologica, Azienda ospedaliera
"S. Gerardo" di Monza – chairman
della Consensus conference
che ha riunito oncologi e neurologi
da tutto il mondo per proporre
un nuovo strumento di diagnosi clinica

Il prof. Guido Cavaletti



Quando chemioterapia e farmaci diventano il "male oscuro" per pazienti oncologici

Obiettivo degli scienziati trovare un punto d'incontro su prevenzione della neurotossicità periferica e peggioramento di una neuropatia preesistente, riduzione del dolore e dei fastidi, sicurezza del paziente per consentirgli di continuare a svolgere le normali attività del vivere quotidiano

mento di prima linea nei mielosi: il 20% dei pazienti trattati, tuttavia, sono costretti ad interrompere il trattamento per comparsa di una neuropatia.

Quello delle neuropatie è un problema comune a tutte le chemioterapie?

Questo è un problema che non riguarda tutte le classi di chemioterapici ma sicuramente alcune di quelle più frequenti, in particolare quelle utilizzate per il trattamento dei tumori dell'ovaio e del testicolo, del polmone, della mammella, del colon e del mieloma multiplo.

Che tipo di sintomi presenta il paziente colpito da neuropatie indotte da chemioterapici?

Per il paziente la sintomatologia che compare in conseguenza dell'esposizione al trattamento con chemioterapici può essere fortemente limitante le sue attività. In genere si presenta con un disturbo di tipo sensitivo, tipo formicolio o sensazione di puntura di spillo alla punta delle dita delle mani o delle piante dei piedi. Nei casi più importanti può manifestarsi con la difficoltà a riconoscere gli oggetti durante la manipolazione o incapacità di compiere gesti molto comuni come abbottonarsi la camicia o infilare la chiave in una serratura. Fino ad arrivare a situazioni in cui il sintomo predominante è il dolore, tal-

volta insopportabile e che può richiedere nei casi più gravi addirittura l'utilizzo degli oppiacei per il suo trattamento.

Quali strumenti ha il medico attualmente per diagnosticare una neuropatia indotta da chemioterapici?

Il fatto che un paziente abbia una neuropatia periferica, quindi una complicanza da trattamento chemioterapico a carico del sistema nervoso periferico è un sospetto che può essere confermato in modo abbastanza semplice dalla visita medica e documentato in modo più quantitativo con l'utilizzo di alcune metodiche strumentali, quali ad esempio l'elettroencefalografia (Eng). Quindi, il riconoscimento delle neuropatie periferiche è apparentemente un *non* problema. Il problema è piuttosto il quantificarla. E questo perché le figure professionali coinvolte nella valutazione della neuropatia periferica sono diverse: dall'oncologo, al neurologo, al medico di famiglia. Inoltre alcune delle nostre osservazioni non sono in completo accordo con quella che è la percezione del paziente relativamente a quanto il suo disturbo possa essere limitante. Per questo motivo c'è la possibilità che nella valutazione di uno stesso paziente, se studiato con modalità diverse o da specialisti diversi oppure se si confrontano va-

lutazioni fatte dal medico con quella che è la sua percezione del disturbo, si possono verificare delle discrepanze che possono essere anche notevoli. E questo ha tutta una serie di implicazioni negative.

Perché è così importante una diagnosi precisa e tempestiva di neuropatia indotta da chemioterapici?

La domanda che l'oncologo pone di frequente al neurologo, in presenza di una sintomatologia evocativa di una neuropatia periferica, è se quel paziente può proseguire con il trattamento chemioterapico e quindi rischiare di avere un peggioramento, considerandolo come un prezzo da pagare al trattamento anti-neoplastico, oppure interromperlo perché la sintomatologia potrebbe diventare talmente invalidante da diventare poi irreversibile dal punto di vista dell'andamento a lungo termine. L'altro problema è che se noi riuscissimo in modo univoco a quantificare l'entità del danno probabilmente potremmo avere un'idea più precisa dell'efficacia dei tentativi che noi poniamo in essere per ridurre il rischio di comparsa di neuropatia periferica o per cercare di trattarla con alcuni dei prodotti che sono stati ipotizzati come trattamenti efficaci per le neuropatie periferiche.

Allo stato attuale qual è il principale problema inerente alla diagnosi delle neuropatie da chemioterapici?

Al momento il vero problema nella valutazione di questi pazienti consiste nel raggiungere una uniformità di valutazione, sia relativamente alla qualità che alla gravità della neuropatia periferica, attraverso strumenti che siano accettati e condivisi ovunque nel mondo. Strumenti che al momento non esistono.

Per questo avete organizzato una *consensus conference*?

Per valutare soprattutto la possibilità di utilizzare delle scale cliniche che cerchino di unire come schema ideale il punto di vista del paziente – che ci riferisce quali sono i suoi disturbi e le limitazioni che avverte maggiormente in conseguenza della neuropatia periferica – con un qualcosa di più oggettivo, la valutazione “neutra” che il neurologo o l'oncologo fa dei segni che presenta il paziente alla visita. Obiettivo principale è quello di mettere a punto degli strumenti di valutazione clinica, basati su esperienze che sono mutate da altre neuropatie periferiche, quali quella diabetica, la neuropatia più frequente nei Paesi occidentali, e cercare di vedere se si possono adattare alle peculiarità della neuropatia da chemioterapici.

Quale tipo di danno inducono i chemioterapici a livello del sistema nervoso?

Fondamentalmente due sono i tipi di lesioni che si verificano con il trattamento da chemioterapici. Alcune classi di farmaci, quali ad esempio i platino-derivati, agiscono essenzialmente a livello del corpo cellulare, di quella parte del neurone sensitivo dove si trova la macchina sintetica che consente al neurone di sopravvivere e di trasportare verso la periferia le sostanze necessarie al suo funzionamento. Questi sono farmaci che danno una ganglionopatia, che uccidono o sono fortemente nocivi direttamente sulla parte della cellula dove si trova il nucleo. Ci sono poi altri farmaci che vanno a ledere l'assone, il prolungamento che dal corpo cellulare porta verso la periferia. Questi sono quasi tutti farmaci ad azione anti-tubulina: i taxani, i derivati della vincristina, e gli epotiloni, una nuova classe di farmaci. All'interno dell'assone, per mantenerne la struttura e consentire il flusso di sostanze lungo l'assone, che è vitale per la sopravvivenza della cellula, c'è una specie di scheletro fatto da una particolare proteina che si chiama tubulina. Questi farmaci si legano alla tubulina e impediscono il corretto funzionamento dello “scheletro” che permette all'assone di mantenersi integro. •

Previdenza story partendo dall'Enpam

In un libro di Alberto Oliveti tutto ciò che i medici e gli odontoiatri dovrebbero conoscere dell'Ente che lavora per assicurare loro un futuro "tranquillo". I punti fermi di un'attenta e puntigliosa indagine a tutto campo, piena di dati, analisi, suggerimenti con lo scopo, tra gli altri, di tracciare percorsi validi nelle dinamiche del lavoro

C'è un "nuovo clima" all'Enpam relativo alla Comunicazione. Il Consiglio d'amministrazione ha studiato, con attenzione e un notevole entusiasmo, il problema dell'informazione agli iscritti. È stato cancellato il cosiddetto metodo della "comunicazione frizzante" per concentrare sforzi e intelligenza sulla documentazione. Il discorso è, apparentemente, semplice: "Io, Enpam, ti fornisco risposte precise anche a interrogativi che non mi hai ancora posto. Comincio con lo spiegarti, scendendo nei particolari, che cosa è veramente l'Ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri". In poche parole che cosa i colleghi possono pretendere di ricevere, con linguaggio semplice, da un Consiglio d'amministrazione che loro stessi hanno eletto e del quale fa parte, ormai da anni, Alberto Oliveti, medico di famiglia pediatrica, in Enpam dal 1990 come consultore e dal 1995 come consigliere. Oliveti, nominato in cin-



que Commissioni della Fondazione, è anche coordinatore della Commissione regolamenti della Previdenza e delle quattro Consultazioni. Un curriculum che gli consente a pieno diritto di scrivere un libro: "La previdenza Enpam del Medico e dell'Odontoiatra" dove i vari argomenti sono scelti dalla "Guida all'esercizio professionale". Centododici pagine fitte, piene di dati, analisi, confronti, suggerimenti, spiegazioni, con lo scopo di tracciare percorsi validi nelle dinamiche del lavoro

senza cadere nella facile demagogia o nella sterile teoria. La linfa vitale per non fermare la crescita dell'Enpam, sostiene Oliveti, è fatta di adeguate risposte alle rilevanti questioni che il futuro ci impone di affrontare con metodo e gradualità. L'autore si augura, quindi, che questi punti fermi restino impressi al lettore come risultato di un'impostazione che si propone di superare il "muro di gomma" della diffidenza e dell'indifferenza, che spesso regnano tra i colleghi. Eccoli i punti:

- promuovere la cultura e l'autonomia, specie nei giovani, per scelte giuste e tempestive;
- valutare i riflessi sul sistema delle grandi uscite della vita (dalla scuola, dalla famiglia, dal lavoro);
- affrontare la perdita dell'autosufficienza, vero problema emergente in tema di solidarietà;
- perseguire l'equivalenza attuariale dei contributi e delle prestazioni

come garanzia di equilibrio e tenuta;

- considerare la convenienza come collegamento tra l'interesse del singolo e quello della collettività di appartenenza.

Nel libro c'è tutto l'Enpam, tanto da costituire un utilissimo ripasso anche per chi questa realtà la vive quotidianamente dal di dentro.

Diciassette capitoli che partendo dal "Diritto previdenziale", arrivano al "Patto generazionale: giovani e Patrimonio". Giovani come giovane era Alberto Oliveti quando entrò all'Enpam; lo ricorda Eolo Parodi nella "presentazione" del volume.

"L'aspettavo al varco - scrive il presidente dell'Enpam - È arrivato. - Sono anni che Alberto Oliveti siede al mio fianco. Ha cominciato giovane medico, informandosi, chiedendo, discutendo per poi passare, gradatamente, a scrivere di previdenza". "E lo fa bene - afferma Parodi - dimostrandolo anche con articoli sempre puntuali sul nostro Giornale della Previdenza".

Parodi è convinto che Oliveti si farà leggere perché conosce bene e a fondo tutti i problemi previdenziali. Ne è altrettanto consapevole la casa editrice, la "CG Edizioni Medico Scientifiche srl", via Candido Viberti 7-10141 Torino - www.egms.it che ha pubblicato il libro. •

G. Cris

Consenso informato e responsabilità professionale

L'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri del Verbano-Cusio-Ossola organizza per il 20 ottobre un incontro sul tema: "Il consenso informato e la responsabilità professionale del medico". Il dibattito si terrà a Verbania, presso la sala convegni dell'Ordine dei Medici (Piazza Aldo Moro, 5).

L'appuntamento verrà introdotto dal dr. Daniele Passerini, presidente dell'Ordine provinciale, cui seguiranno gli interventi di Flavio Ravasio ("Il contenzioso della medicina sul

territorio), Giuseppe Facciotto ("Il contenzioso del medico ospedaliero"), Claudio Buffi ("Il contenzioso in odontoiatria"), Marco Perelli Ercolini ("La cartella clinica ed il consenso informato nel contenzioso"), Elena Barbero ("Il parere del medico legale"), Alberto Crivelli ("Il parere del magistrato"), Bruno Stefanetti ("Il parere del legale"), Attilio Steffano e Ermanno Bianchetti ("L'importanza di una completa e adeguata polizza assicurativa: come effettuare la scelta").

Un medico, un uomo... insieme per vincere

Per quanti siano sensibili alle vicende dei pazienti che hanno affrontato il cancro, l'appuntamento è per la serata del 4 ottobre. Infatti presso il Teatro Carcano (Corso di Porta Romana 63) si svolgerà il talk show "Un medico, un uomo... insieme per sempre". All'appuntamento, che sarà condotto da Sara Ricci e Carlo Gargiulo, interverranno Roberto Labianca, presidente Fondazione Aiom, Ada Burrone, presidente Attivecomeprima onlus (Associazione di donne e uomini che "vivono oltre il cancro"), Stefano Gastaldi, psicoterapeuta e presidente Comitato scientifico Attivecomepri-

ma, Alberto Ricciuti, medico e vicepresidente Attivecomeprima. Per questa serata di informazione e spettacolo la regia è stata affidata a Riccardo Di Blasi. Parteciperanno, inoltre, Ornella Vanoni, Francesco Baccini, Francesco Buzzurro, Laura De Marchi, Pietro Genuardi e Mario Lavezzi.

Nel corso della mattinata verrà anche presentato (Terrazza Martini, Piazza Diaz 7, ore 11,30) un volume contenente una ricerca realizzata nell'ambito del "Progetto Chirone"; un'indagine su medici, oncologi e non, che hanno vissuto da pazienti l'esperienza del cancro.

Master in comunicazione della salute



Parlare di salute non è solo moda ma suscita l'interesse di un pubblico sempre più eterogeneo. Le tecniche giornalistiche e di

comunicazione sono il mezzo per soddisfare la crescente richiesta di informazioni. Per questo, la Facoltà di Farmacia dell'Università di Milano propone la 7° edizione del master in "Comunicazione e salute: dall'informazione alla formazione". Obiettivo del master è formare esperti in comunicazione scientifica, che rispettino etica, qualità e serietà delle informazioni su scienza e salute, con un linguaggio semplice, comprensibile ed efficace. Il percorso prevede 500 ore di didattica suddivise tra lezioni frontali, esercitazioni guidate e laboratori radiotelevisivi che si terranno, a partire dal novembre 2007. Al termine delle lezioni è pre-

visto un periodo di 300 ore di stage presso redazioni giornalistiche, agenzie di stampa e uffici stampa di enti pubblici e privati. Possono presentare domanda di ammissione tutti coloro che sono in possesso di una laurea triennale o specialistica del nuovo o del vecchio ordinamento. Tutte le informazioni sull'organizzazione del master e sulle modalità di iscrizione sono reperibili sul sito dell'Università degli Studi di Milano (www.unimi.it) nella sezione Master/area sanitaria e sul sito del Master www.comunicazionealute.it. Le iscrizioni si chiuderanno il 15 ottobre e il 24 ottobre si svolgeranno i colloqui attitudinali.

Francia, dentisti sempre più vecchi

L'età media dei dentisti francesi sta salendo rapidamente. Era di 42 anni nel 1990 ed è ora di 47. L'invecchiamento e il numero chiuso nelle università potrebbero portare ad una diminuzione sostanziale del numero dei dentisti francesi che, secondo dati forniti da elaborazioni del ministero del lavoro, saranno 27 mila nel 2030 contro gli oltre 40 mila attuali.

Pericolo terrorismo: i medici sono preparati?

La domanda se l'è posta la Johns Hopkins University School of Medicine di Baltimora con un'indagine che ha coinvolto oltre 600 medici. Le opposte filosofie d'intervento sui luoghi di incidente e le competenze del Magen David Adom

di Ezio Pasero

"Scoop and Run" anziché "Stay and Play". Carica e porta via invece di agire sul posto. Opposte filosofie d'intervento, diversissimi modi di affrontare le emergenze sanitarie. Italiano e più genericamente europeo il secondo, che si propone di far fronte alle conseguenze di calamità naturali o di gravi incidenti stradali, dove spesso è necessario intervenire sul posto per garantire la stabilizzazione dei traumi e ricorrere a tecniche di rianimazione avanzata. Israeliano il primo, quello del Magen David Adom, la Stella Rossa di Davide: che corrisponde in qualche modo al nostro 118, ma che sempre più spesso deve soccorrere le vittime degli attentati terroristici, non quelle della strada. E

che dunque deve far fronte a traumi in prevalenza penetranti, dovuti a ferite da arma da fuoco, esplosioni, tagli, traumi insomma che richiedono il trasporto in tempi brevissimi dei feriti, spesso numerosi, presso una sala operatoria in grado di affrontare qualsiasi emergenza chirurgica. Senza contare i rischi che corrono gli stessi soccorritori: non di rado, la prima esplosione è solo una trappola per trasformare anche loro in vittime del secondo e più devastante attentato. E allora ecco medici e paramedici infilarsi i giubbotti antiproiettile mentre le ambulanze rag-

giungono lo scenario del disastro, ecco l'identificazione della "Hot Zone" e la velocissima definizione del perimetro di sicurezza dell'area che deve essere evacuata il più in fretta possibile, senza toccare o spostare nulla di tutto ciò che può servire alle indagini della polizia. La dolorosa esperienza maturata in decine e centinaia di attentati ha consentito al Magen David Adom di affinare competenze straordinarie e capacità uniche. Poche decine di minuti dall'esplosione per evacuare dalla zona dell'attentato vittime e superstiti, per caricare su speciali ambulanze

multiple i feriti e prestar loro le prime cure, addirittura per intubarli, durante la corsa verso gli ospedali. Competenze straordinarie, certo, alle quali sempre più spesso l'Occidente, costretto a confrontarsi con un terrorismo ogni giorno più aggressivo e minaccioso, fa riferimento per dotarsi di analoghe strutture di emergenza sanitaria. Anche se non bastano poche ambulanze in più, o meglio attrezzate, per rivaleggiare con l'organizzazione messa in piedi da Israele. Come sempre, il problema principale è quello degli uomini, medici e paramedici, della loro formazione e del loro addestramento. Negli Stati Uniti, per esempio, dopo l'11 settembre è cresciuta la paura nei confronti di possibili attacchi con armi di sterminio. Armi biologiche come antrace, tossina botulinica, peste, vaiolo, tularemia e febbre emorragica, che rappresentano le principali minacce, per la facilità di diffusione e trasmissione, per l'alta morbilità e mortalità. Ma la paura non è bastata a far correre ai ripari, e i medici americani non sono preparati a fronteggiare un eventuale attacco bioterroristico. Secondo una ricerca della Johns Hopkins University

Un intervento del Magen David Adom



**Poche decine
di minuti
per evacuare
vittime
e superstiti**

**La diagnosi
precoce
è fondamentale
per circoscrivere
il contagio**

School of Medicine di Baltimora, infatti, la maggior parte dei sanitari non ha la capacità di effettuare una corretta diagnosi e di prescrivere un trattamento adeguato per le patologie causate dagli agenti biologici. L'indagine ha coinvolto 631 medici ai quali sono stati sottoposti due questionari, uno per testare la conoscenze iniziali e uno dopo aver seguito un modulo didattico online, relativo alla diagnosi e alla gestione delle malattie provocate dagli agenti batteriologici. Le domande riguardavano casi di pazienti affetti da antrace, botulismo, peste, vaiolo o altre patologie più comuni, ma con quadri clinici molto simili. I risultati dei pre-test riguardanti la diagnosi hanno evidenziato che solo il 16,3 per cento era in grado di riconoscere un caso di peste, circa il 50 per cento identificava il vaiolo e il botulino e il 70,5 l'antrace. In particolare, sebbene il 49,6 per cento dei medici coinvolti distinguesse il botulismo da altre patologie con quadro clinico simile, il 42,6 confondeva i sintomi della varicella con quelli del vaiolo. Per quanto riguarda poi il trattamento della patologie, con la sola eccezione del botulismo (il 60,2 per cento sapeva come affrontarlo), la percentuale di coloro che hanno dimostrato di saper gestire il vaiolo, l'antrace e la peste era molto bassa. In particolare, benché il 76,5 per cento dei medici riconoscesse l'importanza di un trattamento profilattico in caso di contatto con il virus del va-



Londra, 7 luglio 2005. Ambulanze a Russell Square subito dopo l'esplosione delle bombe nella metropolitana

io, più del 60 per cento prescriveva una terapia preventiva non indicata. Questa indagine ha così evidenziato l'inadeguatezza dei sanitari americani non solo nell'affrontare le infezioni causate da quattro patogeni identificati come possibili armi in un eventuale attacco bioterroristico, ma anche nel distinguerle da altre più comuni. L'addestramento dei medici risulta dunque di primaria importanza nella previsione di un attacco bioterroristico: infatti la diagnosi precoce di patologie causate da armi batteriologiche è fondamentale per limitare la morbilità e la mortalità e per circoscrivere il contagio. A cercare di correre ai ripari, elaborando regole e modelli operativi, sono stati finora gli esperti della Nato, che hanno organizzato lo scorso anno proprio in Israele un seminario destinato a realizzare un Sistema condiviso universalmente per la gestione del trauma e delle maxi-emergenze chimiche, biologiche e nucleari. Al

gruppo di lavoro, l'Italia ha partecipato come co-presidente, l'altro era il Paese ospitante, con una squadra guidata dalla Ulss 13 della Regione Veneto e della quale hanno fatto parte altri medici e docenti con particolari competenze nel settore del Pronto intervento: come il dottor Daniele Giovanardi, direttore della Struttura complessa di pronto soccorso ed osservazione breve dell'Azienda policlinico di Modena, che ha anche contribuito alla stesura del Piano sanitario nazionale per l'emergenza-urgenza ed ha acquisito ulteriore esperienza internazionale proprio nell'ambito del Protocollo d'intesa italo-israeliano sulle maxiemergenze. Le linee guida e i protocolli che sono stati elaborati durante il seminario sono serviti come punto di riferimento a tutti i paesi della Nato per arricchire i lavori dei propri esperti della Sanità che sono impegnati a costruire un Sistema socio-sanitario nazionale solidale ed universa-

le, nell'ambito del quale sarà operativo anche un sottosistema per il trauma e le maxi emergenze efficienti ed efficaci, capace di salvare le vite umane in pericolo ed evitare danni secondari a pazienti feriti.

Nel quadro dell'addestramento indispensabile per far fronte alle emergenze poste dal terrorismo internazionale e dalle minacce di attentati con armi chimiche, batteriologiche e nucleari si inseriscono anche i corsi di formazione teorica e pratica sul cosa fare in caso di necessità di intervento in emergenze di tale tipo e sul come proteggersi dai potenziali danni fisici. Corsi che devono consentire a medici e paramedici, innanzitutto, di comprendere terminologia, simboli e definizioni degli agenti chimici, biologici e nucleari, di conoscere gli aspetti e i sintomi dovuti all'esposizione a questi ultimi e di comprenderne i pericoli, di riconoscere un potenziale dispositivo di armi di sterminio.

In Italia, il dipartimento della Protezione Civile si è impegnato nel tema della prevenzione di possibili attentati terroristici, divulgando una serie di elementari ma preziosi consigli, di semplici accorgimenti, anche attraverso una serie di disegni e illustrazioni che rendono questi consigli intuitivi. E che fanno però capire come, purtroppo, il terrorismo si dimostri sempre più frequentemente un flagello con il quale l'Occidente sembra ormai sempre più destinato a convivere. •

“Senza appetito” si può anche morire

L'anoressia che colpisce soprattutto le giovani donne è in preoccupante espansione. Un comportamento alimentare alterato è sostanzialmente un sintomo da riferirsi a molte e diverse cause. Il parere degli esperti



di Daniele Romano

I disturbi del comportamento alimentare stanno assumendo connotati di vera e propria epidemia a volte con tragiche conseguenze. Non colpisce solo adolescenti: madri e mogli “normali”, lavoratrici e anche lavoratori efficienti, sicuramente con grandi conflitti interiori, stanno progressivamente estendendosi. In Italia si calcola che le persone colpite da questo problema siano 3 milioni, negli USA 11 milioni. Anoressia letteralmente si-

gnifica “senza appetito”, il disturbo è molto serio e preoccupante e può degenerare in vere e proprie ossessioni repulsive verso il cibo. Una vera e propria malattia psichiatrica che può comportare gravi conseguenze sulla salute fino anche alla morte.

Colpisce soprattutto le giovani donne, l'età critica va dai 12 ai 25 anni. Ma il fenomeno è in espansione, se fino a poco tempo fa colpiva solo la categoria sociale medio-alta ora investe anche i ceti più bassi. Anche la fascia di età si è notevolmen-

te allargata coinvolgendo anche le bambine in prepubertà e le donne mature e ha già intaccato l'universo maschile. Si tratta generalmente di giovani donne, descritte di intelligenza superiore alla norma, con disordini psico-emotivi-relazionali che, sull'influenza della società e in particolare della moda che propone la magrezza come canone di bellezza assoluto, convinte di essere più accettate ed apprezzate, cominciano una dieta dimagrante. A questo spesso segue una vera e propria ossessione per il controllo del peso anche

di fronte ad un evidente progressiva magrezza fisica. Ossessione che si autoalimenta dal non accontentarsi mai del proprio aspetto, dal non raggiungere mai la forma fisica desiderata, comportando frustrazioni e depressione. Spesso l'anoressia non vuole rendere palese il suo problema, non chiede aiuto e non si rivolge al medico. Nasconde il problema con un'altra malattia legata sempre a disturbi del comportamento alimentare: la bulimia. Patologia apparentemente opposta all'anoressia, ma con la quale ha molte analogie.

Infatti, se da una parte vi è una incontrollabile necessità di ingerire grandi quantità di cibo, d'altra il senso di colpa porta a liberarsi di tutto ciò che si è ingerito attraverso “condotte di purificazione”.

Perché al di fuori dei Paesi sviluppati il fenomeno è irrilevante e da noi ha aspetti epidemici?

Secondo la professoressa Caterina Vecchiato, primario del S.P.D.C dell'Azienda Ospedaliera di S.Croce e Carle di Cuneo, docente di Psichiatria nell'Università di Genova, viviamo in contesti facilitanti una sorta di squilibrio esistenziale che può presentare analogie con il disturbo borderline di personalità, cioè del prototipo dell'evoluzione psicopatologica di non pochi giovani degli anni Novanta.

In più c'è la tendenza ad etichettare qualsiasi disturbo quotidiano con un gergo protoprofessionale: “così psichiatri, psicologi e psicone-

Colpisce soprattutto le giovani donne in particolare tra i 12 e i 25 anni

rapeuti hanno insegnato al pubblico a tradurre le difficoltà in problemi psicologici; molti disturbi psichiatrici, tra cui l'anoressia nervosa possono essere sindromi culturali". L'anoressia può anche essere considerata un fenomeno socialmente indotto, un'espressione psicopatologica che, in epoche diverse, avrebbe forse avuto altre forme.

Alla base c'è una difficoltà di integrazione, una separazione tra corpo e mente: il mondo non pulsa più all'unisono con il potere costitutivo della mente. L'adolescenza prima e l'adulto poi, hanno perso il senso e le radici dell'ovvietà infantile, necessaria per l'integrazione del Sé. Sotto il profilo psicopatologico importanti osservazioni riguardano la rivisitazione del concetto di vulnerabilità in riferimento allo strutturarsi della personalità e ai processi di identificazione, in particolare nella fase adolescenziale. Vulnerabilità nei Disturbi del Comportamento Alimentare caratteristicamente legata al difetto del "sentire".

"Nel nostro Dipartimento Interaziendale (ASL-ASO), - spiega la Vecchiato - per i DCA c'è un gruppo di lavoro, che prevalentemente opera a livello ambulatoriale, caratterizzato dalla colla-

borazione tra psichiatria, psicologia, dietologia, endocrinologia, che si sta organizzando su progetti riabilitativi. A proposito di riabilitazione l'efficacia dell'intervento psichiatrico è in larga misura in funzione della nostra capacità di intervenire sulle componenti strutturali della malattia".

Un comportamento alimentare alterato è sostanzialmente un sintomo da riferirsi a molte e varie cause diverse, da differenziare soprattutto rispetto alla gravità, alla prognosi e di conseguenza alle cure utili.

Secondo la dottoressa Vania Fontani docente al master di Ottimizzazione Neuro Psichica e CRM Terapia dell'Università di Medicina e Chirurgia di Firenze, "da qualche anno esiste una prospettiva che collega strettamente i comportamenti anomali legati al cibo a disturbi da dipendenza, come alcolismo e la tossicodipendenza." Il cervello umano possiede dei centri speciali che sono normalmente attivi quando una persona si sente bene, si prende cura del proprio corpo, si comporta in maniera adeguata, fa esercizio, eccetera.

Questi centri possono anche venir stimolati artificialmente dalle droghe come da certi comportamenti alimentari che producono una stimolazione chimica che produce anche un blocco delle sensazioni sgradevoli (ansia e paura). Ed è per questo che coloro che soffrono di disturbi alimentari o di altre dipendenze tendono a ripetere patologicamente il loro

comportamento.

Tali dipendenze sono compulsive e il paziente non tiene conto degli effetti che questo comportamento ha sulla salute, nonostante le gravi complicazioni mediche infatti, è molto difficile per le persone che soffrono di questi disturbi rinunciare alle loro dipendenze.

L'attenzione dei ricercatori negli ultimi anni si è focalizzata sul ruolo dei neuromodulatori, ed in particolare della dopamina, degli oppioidi endogeni e della serotonina nella genesi delle condotte bulimiche e anoressiche.



Alcune recenti ricerche dimostrano che i livelli di serotonina sono significativamente più alte in numerose parti del cervello delle donne che soffrono di anoressia e la serotonina induce sazietà. Mentre nelle persone bulimiche i livelli di serotonina sono più bassi di quelli delle anoressiche. La minor disponibilità di serotonina comporta minor sazietà, maggior ansia e quindi "fame da buie". Conclude Vania Fontani: "I disturbi del comportamento alimentare vanno visti come espressione di una disorganizzazione, di una disfunzione, dei

circuiti cerebrali. Patologie come l'anoressia o la bulimia non sono solo l'espressione di un disturbo psichico, ma patologie che traggono origine nei complessi meccanismi neuro-psico-fisio-patologici. Espressione di una alterata regia di neurotrasmettitori, responsabili di una "patologica fame neuro-biologica" più che "psichica".

Nelle più recenti acquisizioni neurofisiologiche, secondo la professoressa Vecchiato, viene in qualche modo ripresa la concettualizzazione psicoanalitica di un'amalgama originario ed indistinto delle componenti pulsionali, dal quale il neonato sommerso da stimoli intensissimi deve evolvere differenziandoli attraverso progressivi modelli di adattamento. Questo concetto di amalgama originario potrebbe dar conto di dati biologici quali le azioni comuni di alcuni farmaci su situazioni apparentemente opposte (anoressia, bulimia, depressione) che più che ad un'azione genericamente sintomatica, possono essere riferite ad un nucleo originario di funzionamento che nasce dai meccanismi indifferenziati e più antichi di elaborazione degli stimoli, prima della loro specializzazione (R. Rossi, 1995) e potrebbe spiegare le straordinarie somiglianze cliniche tra turbe disendocrine, dalla depressione astenica all'anoressia, agli ipopituitarismi, agli ipotiroidismi, dalla bulimia agli ipercorticorrenismi e iperpituitarismi. •

Quando crescere è faticoso per bambini e adolescenti

Un'esperienza ventennale nei centri antiviolenza e numerose docenze nei corsi di formazione per insegnanti, operatori, assistenti sociali e psicologi. Lina Losacco ci presenta il mondo dei giovani, i delicati equilibri dei più piccoli ed il ruolo dei genitori.

La prima puntata di una serie di articoli sul tema del disagio

di Lina Losacco

Durante un laboratorio che ho realizzato con bambini di scuola elementare sull'alfabetizzazione emotiva è emerso che l'esperienza emotiva maggiormente condivisa è la paura o la sensazione di pericolo incombente, sempre in agguato. Tali emozioni sono frequenti durante i litigi fra i genitori, situazioni che rimandano loro anche senso d'impotenza, frustrazione e colpa *"sono stato io a farli litigare, non riesco a farli smettere"*. Sono stati descritti anche frequenti stati d'angoscia e di ansia a causa della mancanza di rassicurazioni e calore necessarie per affrontare le loro piccole paure. I più grandi hanno manifestato bisogno d'accettazione dai genitori per sentirsi sicuri.

Il bisogno di considerazione positiva

Nel 1959 Carl Rogers introduceva il concetto secondo cui se i genitori garantiscono al bambino una *considerazione positiva incondizionata*, contenente calore, gradimento, simpatia, accettazione, il bambino non è co-



stretto a negare alcune delle sue esperienze poiché si sente comunque accettato. Ma se i genitori si limitano a una *considerazione positiva condizionata* il bambino sarà spinto a distorcere le proprie esperienze. Ad esempio nel caso classico della paura, egli preferisce negarla e mostrarsi forte se ciò gli procurerà l'approvazione dei genitori.

Con l'imposizione di condizioni di valore, i genitori possono bloccare l'autorealizzazione del bambino influenzando lo sviluppo dell'autostima. Genitori amorevoli e accoglienti, ma anche chiari e coerenti nelle loro richieste, avranno figli con elevata autostima.

Guidare i minori nelle loro

esperienze, partendo dalla conoscenza dei bisogni, difficoltà e innumerevoli fattori che incidono sui percorsi di sviluppo, potrà aiutarli a crescere. Sin dalla nascita l'individuo, da una posizione d'impotenza, deve imparare ad interagire con un altro essere umano all'interno di una relazione gerarchica e verticale e per la sua crescita ha bisogno di sviluppare una varietà di abilità sociali, fiducia e attaccamento, intimità, comunicazione, negoziazione, obbedienza. In base alla teoria dello sviluppo del *sistema comportamentale di attaccamento* (J. Bowlby, 1991) il tipo di interazione che viene a crearsi tra l'individuo e la prima figura accudente è determi-

nante in quanto rappresenta la *"base sicura"* per l'*esplorazione* e la *separazione*. Non solo, sulle esperienze interattive dell'infanzia si fondano le aspettative nei confronti delle successive relazioni. La qualità del legame affettivo ha un impatto rilevante sullo sviluppo dei rapporti sociali e influisce sulla scelta della persona di riferimento da prendere a modello negli anni successivi (A. Bandura 1977).

Le interazioni dinamiche tra l'individuo e i vari livelli di sistemi, istituzioni e contesti sociali determinano lo sviluppo. L'attuale *"contesto di sviluppo"* è un deserto di comunicazione in cui ordini, punizioni, insoddisfazione, poco ascolto emotivo, numero elevato di stimoli tecnologici, allarmanti situazioni di violenza intra ed extrafamiliare sono responsabili delle forme di disagio sempre più allarmanti e dannose e in aumento esponenziale. Da luglio 1999 a marzo 2006 il Centro nazionale di ascolto di Telefono Azzurro ha gestito complessivamente 31.158 casi di bambini e di adolescenti di cui 7,1% stranieri (Eurispes 2007). Il 114-emergenza infanzia, operativo dal 1 gennaio 2006 in tutta Italia, riceve circa 4000 chiamate al giorno. In 10 mesi ha seguito 1.026 interventi di emergenza. L'appiattimento della comunicazione affettiva e l'assenza di ascolto da parte degli *altri significativi* (in particolare i genitori) è correlato alla compromissione della salute psico-fi-

sica del minore. Dal ministero della Salute apprendiamo che più di un minore su 10 è in una qualche situazione di difficoltà esistenziale, di privazione sociale ed affettiva o di vera e propria sofferenza psico-fisica. Gli utenti sotto i 18 anni, in carico presso i Servizi di neuropsichiatria infantile e i Servizi sociali, passano dal 9% nel 2000 all'11% nel 2004. Tra i più frequenti vi sono: disturbi dell'apprendimento (5/6%), disturbi severi del comportamento (1,6%), depressione (colpisce un terzo degli adolescenti, incidenza che raddoppia durante la pubertà), ansia(8%), disturbi dell'alimentazione, disistima. Tra i 15 e i 17 anni le patologie traumatiche e gli avvelenamenti da soli rappresentano oltre un quarto dei ricoveri totali (SDO-Ministero della Salute-2003); il suicidio è fra le prime cause di morte nei giovani tra i 15 e i 19 anni, in crescita tra i 12 e i 17 anni (Istat 2002); più diffuso tra i maschi-73,5% tra i 14/17 enni- (probabilmente sottostimati i dati relativi al sesso femminile).

Ma come individuare il disagio?

Tristezza, noia, apatia persistenti, rigidità emotiva, identità strutturata sul concetto di forza fisica, assenza di flessibilità o una precoce maturità sono tra i primi segnali d'allarme. Da non trascurare atteggiamenti di rottura o rifiuto delle situazioni affettive e sociali (mancanza di amici), tendenza all'iso-

lamento, disinteresse o eccessivo interesse per lo studio, hobbies a livello maniacale, irrigidimento dei normali rituali riguardo ad abbigliamento, mode, corpo, cibo. Un'attenzione particolare va alle frequenti emicranie o disturbi cardiocircolatori e respiratori e dell'apparato genitale spesso dovuti ad un malessere psicologico-relazionale.

Gli adolescenti, ad esempio, soffrono della grande difficoltà di "esserci" e, in alcuni casi, per provare che dentro il loro corpo c'è un qualcosa al posto del nulla o una forza che li renda padroni di sé, ricorrono all'autolesionismo (o automutilazione). In molti casi l'autolesionismo, agito con lamette, coltelli, graffi, è anche un modo per autopunirsi oltre che esprimere il malessere. Si stima che il 50-90% dei soggetti con condotte autolesive ha subito maltrattamenti di tipo fisico-sessuale durante l'infanzia: dal rapporto Eurispes 2007 emerge che solo nel 2005 sono stati registrati 699 casi di abuso e 3 milioni quelli di prostituzione minorile.

I danni dell'omologazione

Fra gli adolescenti è frequen-

te la rinuncia alla propria spontaneità pur di compiacere le aspettative degli altri: il rischio è costruire la propria personalità su un falso sé. Il 25% dei ragazzi di oggi pensa che il successo di un individuo si misura in base al grado di ammirazione suscitato e il gruppo dei pari ha un'enorme potere in merito alla percezione del proprio valore; un giudizio negativo dei coetanei può far sentire inadeguati e, se il disagio è terribile, può condurre alla *dismorfofobia* (immagine monca e deformata). In Italia circa 6000 ragazzi sotto i 18 anni hanno richiesto iniezioni di botox, collagene, peeling chimico e dermoabrasione per superare il disagio). Anche la violenza, spesso estranea al carattere del singolo, è agita per compiacere il gruppo, condizione funzionale al dilagare della microcriminalità (nel 2005 è stato registrato un aumento del 3,1% del numero delle denunce nei confronti di minori - rapporto sullo Stato della Sicurezza 2005).

Il malessere tecnologico

Abbastanza preoccupante è l'uso smodato, da parte dei minori, delle tecnologie di ultima generazione. Il rap-

porto Eurispes 2007 ci informa che su 2516 giovani (tra 7/11 e 12/19 anni) il 98,7% possiede il cellulare e il 10,5% più di uno.

Il computer, utilizzato dal 93% degli adolescenti e 82% dei bambini, è il principale strumento di socializzazione, ma anche di gravi forme di malessere. Ne è un esempio il diffondersi delle IRP (Internet Related Psychopathologies), psicopatologie dovute all'uso eccessivo di Internet tra cui la IAD (Internet Addiction Disorder). La solitudine e la fragilità dei minori facilita situazioni di violenza psicologica e sessuale tramite chat o l'uso improprio della tv: il 16% dei bambini tra i 7 e gli 11 anni guarda da solo programmi con il bollino rosso. Il 19% degli adolescenti e il 7% dei bambini usano internet cercando cose proibite; il 17% degli adolescenti e 20% dei bambini subisce molestie da un adulto; purtroppo il 30% del campione dichiara di non riferire a nessuno la violenza subita e, se lo fa, raramente si rivolge ad un genitore per diffidenza, per timore della punizione o per vergogna. •

(continua)

114: servizio emergenza infanzia

Un servizio gratuito gestito da Telefono azzurro e attivato grazie ai ministeri delle Comunicazioni, delle Pari Opportunità, del Lavoro e Politiche Sociali riceve circa 4.000 chiamate al giorno con una media di 114 interventi al mese di cui la maggior parte sono di tipo intrafamiliare. Presente dal 2003 in alcune regioni italiane è stato esteso a livello nazionale dal 1° gennaio 2006. Le chiamate riguardano in prevalenza minori di sesso maschile in particolare da 0 a 10 anni. Alle situazioni di abusi, atti

autolesivi, suicidio e tentativi di suicidio, fughe da casa, abuso di sostanze, comportamenti devianti, vanno ad aggiungersi i disagi emergenti: dalla pedopornografia on line, minori stranieri in stato di abbandono, sfruttamento sessuale, sottrazione internazionale. La risposta si basa su strategie "integrate" di intervento interistituzionale e multidisciplinare ed attraverso un modello multiagency che coinvolge servizi sanitari e sociali, autorità giudiziaria, forze dell'ordine (www.114.it contro la pedopornografia on line).

Oltre la malattia la dignità

Gentilezza, umanità e rispetto – il nucleo di valori della professione medica – sono spesso trascurati e sacrificati sull'altare dell'efficienza della cultura sanitaria moderna. L'ABCD delle cure volte alla conservazione della dignità del paziente può reintegrarli

di **Claudia Furlanetto**

"Per il medico la mia malattia rappresenta un incidente nella routine quotidiana del suo giro di visite, mentre per me è la crisi peggiore della vita. Mi sentirei meglio se avessi un medico che perlomeno percepisse questa incongruenza, vorrei solo che per una volta mi concedesse tutta la sua attenzione, che esplorasse la mia mente come fa con il mio corpo, per comprendere il mio malessere, perché ogni uomo soffre in modo diverso." Dalle parole del noto critico letterario del New York Times, Anatole Broyard, che descrivevano eloquentemente l'esperienza psicologica e spirituale della malattia che lo ha portato alla morte nel 1990, prende spunto l'articolo pubblicato sul *British Medical Journal* e firmato da Harvey Max Chochinov, che affronta il tema del rapporto tra dignità e malattia e del ruolo centrale di mediatori ricoperto dagli operatori sanitari. La perdita dell'autonomia che accompagna la malat-

tia può a volte apparire così gravosa da sembrare al paziente incompatibile con la vita stessa: la mancanza di speranza, il sentirsi un peso per gli altri, la perdita della voglia di vivere e la percezione del sé come irriconoscibile può determinare un grado di disperazione che influisce non solo sulla mente e sull'anima, ma anche sul corpo. Correggere l'incongruenza di cui Broyard parla – l'esistenza di una separazione dell'umanità e dell'empatia dall'erogazione delle cure sanitarie – richiede però che "la cura della malattia prenda il posto appropriato nell'ambito più ampio del problema delle cure al paziente" (Peabody, 1927). Il concetto che sta alla base delle cure che preservano la dignità, prende origine dalle cure palliative, ma si applica all'intero ambito della medicina. Chochinov, del dipartimento di Psichiatria dell'Università di Manitoba a Winnipeg in Canada, ha fornito nel suo articolo una cornice di riferimento: l'ABCD delle cure che preservano la dignità – per ricordare che esiste una

grande differenza tra prendersi cura dei pazienti e curare i pazienti.

A - Attitude - Atteggiamento

L'atteggiamento che il medico deve assumere, per massimizzare le cure volte a preservare la dignità, presuppone un'analisi approfondita dei propri assunti, pregiudizi e convinzioni nei confronti del paziente. L'atteggiamento infatti si definisce come la predisposizione, durevole o appresa, a comportarsi nei confronti di una certa classe di oggetti o persone non in funzione di come è ma in funzione di come si ritiene che essa sia. Di conseguenza le percezioni su cui si basa l'atteggiamento possono non essere conformi alla realtà del paziente. Chiede Chochinov: "Presupporre una cattiva qualità di vita di un malato cronico potrebbe portare il medico a non proporre cure per allungare la sopravvivenza? Pregiudizi sull'età portano il medico ad evitare domande riguardanti l'intimità? Curare un senzatetto che appare confuso è più facile che porti a pensare ad una intossicazione, piuttosto che ad una malattia metabolica?".

E se le domande sono certamente esemplificative e provocatorie, sottolineano un elemento da non sottovalutare: "Ciò che i medici pensano di loro e del loro potenziale influenza profondamente i pazienti. In quanto esperti, il loro atteggiamento può avere degli aspetti limitanti". I ri-

sultati di uno studio svedese, in cui si evidenzia come il tasso dei suicidi in pazienti terminali a cui è stata sospesa l'assistenza medica sia altissimo rispetto agli altri, sembra confermare questa affermazione (Louhivuori et al, 1982). Se infatti l'allontanamento può scaturire da valutazioni inerenti esigenze di allocazione delle risorse o la presunta inutilità delle cure, la conseguenza psicologica e spirituale che ne deriva è evidente: persone che vengono trattate come se non contassero più nulla, sentono di non contare più nulla.

B - Behaviour - Comportamento

Ovviamente il comportamento di un operatore sanitario dovrebbe essere sempre improntato su rispetto e gentilezza, ma la consapevolezza dell'importanza che si riveste nel mediare la dignità del paziente dovrebbe portare ad un ulteriore passo avanti. Piccoli atti di gentilezza possono rappresentare un messaggio importante, cioè che la persona è degna di quella attenzione. Tali comportamenti assumono una grande importanza soprattutto nel trattamento di pazienti con malattia avanzata "sia per la minaccia fisica della morte sia perché viene messo in crisi il senso del valore e dell'unità del sé". (Louhivuori et al. 1982). Tali comportamenti andrebbero estesi soprattutto nel caso di cure che tocchino la sfera intima del paziente. In questo caso "chiedere al paziente il permesso" di eseguire un certo esame fisico può aiutarlo nell'af-

frontare la perdita della propria intimità (vedi box).

C - Compassion - Empatia

Al contrario dell'atteggiamento e del comportamento, che concernono entrambi la sfera intellettuale del medico, l'empatia, o meglio la consapevolezza della sofferenza dell'altro associata alla volontà di arrecare sollievo, è strettamente correlata ai sentimenti del curante. Può far parte della propria predisposizione naturale e quindi accompagnare la persona dalla nascita, o può affiorare lungo il corso della vita, frutto delle esperienze vissute, della pratica clinica e della realizzazione che chiunque, come i pazienti, è vulnerabile nei confronti dell'invecchiamento e dell'incertezza della vita. L'empatia può quindi svilupparsi col tempo, oppure essere coltivata attraverso le cosiddette "Medical Humanities" (<http://medhum.med.nyu.edu>), cioè quelle discipline che analizzano in che modo le scienze umanistiche, sociali e l'arte influenzano l'educazione e la pratica medica, integrando la conoscenza scientifica del corpo con la conoscenza umanistica dell'esperienza del malato. Non tutte le discipline saranno ovviamente adatte per i medici ma possono comunque offrire l'occasione di comprendere la condizione umana ed il pathos che accompagna la malattia.

Se pur il processo per arrivare all'empatia può apparire complesso e lungo, la sua veicolazione può avvenire attraverso qualsiasi forma di comunicazione verbale o non verbale che mostri il riconoscimento della storia

COMPORTAMENTI

Disposizione

- Trattare il contatto con il paziente come qualsiasi altro potente mezzo di intervento clinico
- Un comportamento professionale nei confronti del paziente deve sempre basarsi su rispetto e gentilezza
- La mancanza di opzioni curative non giustifica l'interruzione del contatto con il paziente

Esame clinico

- Chiedere al paziente il permesso di effettuare un esame fisico
- Chiedere al paziente il permesso di far presenziare alla visita studenti o tirocinanti
- Anche se la visita fa parte della routine del processo di cura, raramente è di routine per il paziente, quindi, per quanto possibile, prendersi il tempo di metterlo a proprio agio e mostrare comprensione per quanto sta per affrontare (per esempio: "So che potrebbe essere un po' spiacevole"; "Farà male solo un momento"; "Mi avverta se per qualsiasi ragione dobbiamo fermarci"; "Questo esame è necessario perché"; ecc.)
- Evitare la conversazione con il paziente durante l'esame, se non per fornirgli istruzioni o incoraggiamento, finché non si sarà rivestito o adeguatamente coperto

Comunicazione facilitante

- Agire in un modo che dimostri al paziente che ha la piena e completa attenzione del medico
- Invitare il paziente ad avere presente una persona di supporto, soprattutto se si devono affrontare o rivelare informazioni complesse o "difficili"
- Informazioni personali dovrebbero sempre essere discusse in un setting che rispetti la riservatezza del paziente
- Parlare con il paziente cercando di stare seduti ad una distanza confortevole per la conversazione, possibilmente a livello degli occhi del paziente
- I cambiamenti nello stato di salute possono avere un impatto devastante: è necessario offrire ai pazienti e ai familiari, quando richiesto, spiegazioni ripetute
- Mai parlare della situazione del paziente a portata del suo orecchio in termini che non potrebbe capire
- Chiedere al paziente se ha ulteriori domande e assicurargli che ci sarà l'opportunità di porre altre questioni mano a mano che dovessero sorgere

umana che accompagna la malattia.

D - Dialogue - Dialogo

Il dialogo dovrebbe essere usato sempre per conoscere aspetti della vita del paziente essenziali al fine di fornire le migliori cure possibili. Esso rappresenta sia il riconoscimento della persona al di là della malattia sia il riconoscimento dell'impatto emotivo che l'accompagna. "Curare una donna con un cancro metastatico al seno e non sapere che si prende cura da

sola dei suoi bambini, occuparsi di un paziente in fase terminale e non sapere che è profondamente religioso equivale, per un medico, ad operare al buio" – afferma Chochinov. Conoscere il paziente dovrebbe rappresentare uno standard e un elemento indispensabile nelle cure che preservano la dignità, ma non solo: è il fondamento di un rapporto di fiducia, onesto e aperto in cui le informazioni personali e mediche vengono elargite in un dialogo ricco e continuo.

L'ABCD delle cure volte a preservare la dignità del paziente può costituire un quadro di riferimento per gli operatori della salute; un quadro che può essere applicato anche nell'insegnamento della disciplina medica, perché – conclude Chochinov – "per chi abbia il privilegio di occuparsi dei pazienti, a qualsiasi stadio del ciclo della vita si trovino, il dovere di sostenere, proteggere e restituire la dignità a coloro che si rivolgono alle nostre cure, abbraccia la vera essenza della medicina". •

BIBLIOGRAFIA

- Broyard A. Intoxicated by my illness: and other writings on life and death. New York: Ballantine, 1992.
- Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med 1982;306:639-45.
- Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. Jama 2007; 286: 1897-1902.
- Chochinov HM. Dignity and the eye of the beholder. J Clin Oncol 2004; 22: 1336-40.
- Chochinov HM, Krisjanson LJ, Hack TF, et al. Dignity in the terminally ill: revisited. J Palliat Med 2006; 9: 666-72.
- Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: the a, B, C, and D of dignity conserving care. Bmj 2007; 335: 184-187.
- Louhivuori KA, Hakama J. Risk of suicide among cancer patients. Am J Epidemiol 1982; 109: 59-65.
- Peabody FW. The care of the patient. Jama 1927; 88: 876-82.
- Spiro H. What is empathy and can it be taught? Ann Int Med 1992; 116: 843-6.

Wagner von Jauregg Nobel, ma non troppo

Allo psichiatra austriaco fu assegnato il Premio Nobel 1927 per la Medicina con la motivazione: “Per la scoperta del valore terapeutico dell’inoculazione della malaria nel trattamento della demenza paralitica”

di Luciano Sterpellone

L’osservazione di Karl Landsteiner, il medico viennese che già aveva scoperto i gruppi sanguigni, sarebbe forse caduta nel vuoto se non fosse stata raccolta al volo da un neurologo - Julius Wagner von Jauregg - direttore della cattedra di Psichiatria dell’Università di Graz. Landsteiner aveva dimostrato che le spirochete responsabili della sifilide mostrano una particolare labilità al calore. Da parte sua, von Jauregg aveva in precedenza osservato (1877) nel manicomio di Steinhof che molti malati psichiatrici affetti da paralisi progressiva (espressione del III stadio della lue) “guarivano” o mostravano notevoli mi-

glioramenti dopo aver avuto un tifo o in seguito ad accessi febbrili di altra natura. Collegò allora le due esperienze e pensò di elevare artificialmente la temperatura corporea dei pazienti più gravi per esporre le spirochete all’azione letale delle alte temperature.

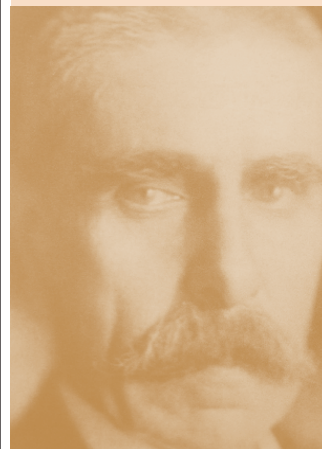
Il metodo migliore per provocare la febbre gli sembrò quello di inoculare ai pazienti il parassita malarico, con la riserva mentale di poter poi dominare la malaria con il chinino. Era stato il medico militare francese Alphonse Laveran a individuare in Algeria (6 novembre 1880), per la prima volta, nel plasmodio l’agente responsabile della malaria, e il nostro Giovanni Battista Grassi a scoprire (nella campagna romana, nell’ottobre 1898) il suo vettore nella zanzara *Anopheles*. La *Spirochaeta pallida* come causa di sifilide era stata invece scoperta da Friedrich Schaudinn nel 1905. Non era un’idea nuova, quella di utilizzare la febbre a scopo terapeutico. Già Ippocrate, 2000 anni

prima, aveva osservato “epilettici” guarire inspiegabilmente dopo essere stati colpiti dalla malaria (*Quartana epilepsiae vindex*); e nei testi medioevali non mancavano suggestivi riferimenti a guarigioni tra dementi sopravvissuti ad epidemie di colera, nei manicomi.

Oltre che interessarsi al trattamento delle paresi, von Jauregg si era sin’allora seriamente occupato anche della patologia della tiroide, mettendo in rilievo gli stretti legami esistenti tra cretinismo e ipofunzione tiroidea e dimostrando la possibilità di trattarlo con preparati di iodio: proprio in seguito a questa scoperta, il governo austriaco - immediatamente seguito da quello svizzero - fu il primo ad adottare efficaci misure per assicurare un adeguato contenuto di iodio nelle acque potabili delle aree nelle quali il gozzo era endemico.

Ora però, a sessant’anni, pur essendo pervaso dall’idea di curare la paralisi progressiva provocando la febbre nel paziente per uc-

Wagner von Jauregg



cidere le spirochete, von Jauregg era piuttosto restio ad impiegare allo scopo qualche agente infettivo, sia perché ciò gli era impedito dalle autorità sanitarie, sia perché non voleva assumersi la responsabilità di scatenare, pur senza volerlo, qualche pericolosa epidemia. Per di più, nei suoi precedenti tentativi di usare la piretoterapia (ad esempio con lo streptococco o con la tubercolina di Koch) aveva riscosso quel che suol dirsi “clamorosi insuccessi”. Ma il caso volle dire la sua. Un giorno (era il 14 giugno 1917) gli capitò un soldato reduce dal fronte

**Alcuni
sostenevano
che la sifilide
esisteva in Europa
prima della
scoperta
dell’America**

**Il trattamento
messo
a punto
da Wagner
von Jauregg
fu battezzato
“malarioterapia”**

macedone, ferito da una scheggia di granata e in preda alla febbre malarica terzana. Rotto ogni indugio, invece di somministrargli il chinino, il temerario psichiatra prelevò dal soldato un po' di sangue (zeppo di plasmodi malarici) e, prima che si coagulasse, lo fece colare in una piccola graffiatura praticata allo scopo sul braccio di un giovane attore ormai fuori servizio perché, preda della neurolue, era ormai incapace di tenere a mente una sola battuta. Ripeté la manovra su di un impiegato dal sorriso d'ebete e su altri malati di paralisi progressiva.

Nelle settimane successive, altri sette ricoverati furono trattati nello stesso modo. A distanza di dieci mesi, il 33% dei pazienti così trattati erano tornati a casa completamente ristabiliti. Sembrò quasi un miracolo, anche perché al tempo non solo si era appena ai primi tentativi di una terapia veramente efficace della lue e i casi che arrivavano al III stadio (neurolue) della malattia divenivano sempre più numerosi, ma si era ancora fermi alle vecchie idee sulla vera origine dell'infezione. La teoria dominante era che erano state le belle amerinde ad averla trasmessa alla ciurma di Cristoforo Colombo e subito dopo ai *conquistadores*, mentre alcuni sostenevano accanitamente (ma solo su basi "letterarie", cioè dei testi precedenti) che la sifilide esisteva in Europa

già prima della scoperta dell'America. Saranno (dopo la II guerra mondiale) le indagini effettuate con i moderni più attendibili e sofisticati metodi di ricerca paleopatologica a dimostrare che tutta "la colpa" fu in realtà delle disponibili indiane, in quanto in Europa e Asia Minore *nessun reperto* paleontologico prima del 1500 mostra segni di lue.

Il trattamento messo a punto da Wagner von Jauregg, subito battezzato "malarioterapia", cominciò così ad essere adottato e praticato in vari Paesi subendo nel tempo varie modifiche: impiego simultaneo di preparati di zolfo colloidale, docce

scozzesi, diatermia, inoculazione di bacilli del sodoku o di particolari ceppi di plasmodio, associazione con il chinino o il Salvarsan 606, selezione di pazienti in fase precoce. Negli anni 1930, per indurre la febbre si cercò anche di sostituire il plasmodio malarico con speciali apparecchiature elettriche o la marconiterapia. Agli albori della II guerra mondiale furono così ottenuti risultati alquanto soddisfacenti in tutto il mondo.

Del resto, in un'epoca in cui non erano ancora disponibili mezzi più efficaci e sicuri per il trattamento di questa patologia, la malarioterapia costituì una

risorsa e una grossa speranza nella terapia della paralisi progressiva. Ma poi, con l'avvento dei moderni metodi di trattamento della lue (in particolare con la penicillina) il metodo di Wagner von Jauregg cadde rapidamente in disuso.

Allo psichiatra austriaco fu assegnato il Premio Nobel 1927 per la Medicina con la motivazione: "Per la scoperta del valore terapeutico dell'inoculazione della malaria nel trattamento della demenza paralitica".

Difficilmente oggi verrebbe assegnato un Nobel per una terapia emersa da una sperimentazione condotta in modo così azzardato e disinvolto. Del resto, altri Premi per la Medicina (fortunatamente pochi) verrebbero oggi aspramente contestati dalla comunità scientifica mondiale se non si tenesse conto del "momento storico" - cioè delle cognizioni scientifiche - in cui quelle "scoperte" o "invenzioni" maturarono.

Ma v'è da aggiungere che il premio Nobel all'inventore della malarioterapia era stato già proposto alcuni anni prima di quel 1927: un membro della Commissione - B. Gadelius, professore di psichiatria - s'era però fermamente opposto all'idea di "premiare un medico che inietta la malaria a un paralitico, in quanto appare ai miei occhi un criminale". Così von Jauregg dovette attendere che Gadelius non facesse più parte della Commissione... •



Inoculazione della malaria



Silenzio! Ora si parla o si straparla?

Ogni individuo sembra in possesso di un orologio innato: dopo un certo tempo, l'ascolto si spegne e, al suo posto, prende forma un diverso comportamento.

Non si può interrompere una persona però la si può non ascoltare

di Antonio Gulli

Si potrebbe dire che costantemente il mondo si divide in due gruppi di persone: il primo composto da quelli che parlano il secondo da quelli che non parlano. Si potrebbe aggiungere che questi due gruppi, a loro volta, si suddividono in coloro che pur parlando non pensano a ciò che dicono e coloro che, pur non parlando, non ascoltano. Tutto ciò, probabilmente, sarà dovuto alle contingenze della vita o, per dirla in maniera più elaborata, al fatto che siamo tut-

ti vittime di una comunicazione intersoggettiva "distorta" che si pone in contrasto con il "retto vivere" (cfr., Habermas, 1968). Probabilmente, come scrive questo autore, una comunicazione intersoggettiva fondata sulla libertà, sulla verità, sulla non-violenza e sull'eguaglianza porterebbe a dire solo ciò a cui si è pensato e - per quanto riguarda il destinatario - a non prestare solo l'orecchio a ciò che viene detto ma anche l'ascolto. Sta di fatto che, comunque, ogni parte della giornata è testimone del riprodursi costante di questo alterno equilibrio che divide coloro che fanno uso della bocca e dell'orecchio. E, come in tutti gli equilibri precari che hanno bisogno di riprodursi, l'alternanza è d'obbligo. Dall'orecchio alla bocca; dalle mani agli oc-

chi tutto può essere utilizzato per ricreare questo confine. Il tempo - che segna la distanza tra l'emissione del suono e quello della ricezione - oltre a mobilitare il grado di pazienza, attiva anche i codici utili alla traduzione dell'ascolto. Infatti, mentre il dire esige la possibilità dell'ascolto, questo ultimo richiede la presenza di qualcuno che dice. Alla base di entrambe le attività troviamo l'interpretare: è facile intuire come chi parla lo faccia esplicitamente mentre meno facile è capire se ciò avviene in chi ascolta. La terra emette suoni profondi e, a volte, incomprensibili come a volte gli uomini producono discorsi che sanno provocare solo dolorosi crampi al pensiero. Le varie forme di rumore, a volte, quando il parlare di alcuni si presenta co-

me se fossero sussulti dello stomaco, ci salvano come un cancellino alla lavagna sa annullare un'operazione aritmetica sbagliata. Si può ritenere che non esista essere umano che non abbia sperimentato forme di "ascolto sordo". Questo lo si può considerare un piccolo meccanismo di difesa che si mette in atto quando ci si ritrova vittime di persone che trovano la propria autenticità nel rincorrersi di suoni che hanno perso la dignità di parole e che risultano un assoluto tormento per l'ascolto. Da distinguere dall'essere "sordi al-

**Vittime
di una
comunicazione
intersoggettiva**

**Le specie
viventi
parlano
e comunicano**

l'ascolto", che può designare una specie di autismo informato da indifferenza, egoismo e forme di misantropia. L'oralità ha la capacità di percorrere le strade più misteriose del comunicare; può uccidere come illuminare. Quando si appella al significante - a volte travolgendolo - per esprimere significati che rispondono più a un bisogno di chiarezza verso se stessi che nei confronti di colui che ascolta obnubila qualsiasi possibilità di comprensione; quando si rivolge all'altro includendolo ha la possibilità di rivivificarlo. Già De Saussure ci avvertiva che il legame che unisce il significato (concetto) al significante (immagine acustica) è arbitrario ma - paragonandola alla moneta - se la parola perde del tutto la sua convertibilità ciò che si perde non è solo un momento di incontro tra due o più persone ma la loro stessa possibilità di dispiegarsi - costituendosi l'uno per l'altro - della piena umanità. Ciò che si perde è quella partecipazione al gioco individuale e sociale fatto di dialogo, incontro e scambio del proprio esistere che costituisce il substrato più profondo del sapere usare una lingua. Quando questa moneta risulta essere del tutto falsa ciò che rimane all'ascoltatore è solo fastidio. Dall'arte dell'oratore - ovvero dell'affabulatore in grado di attivare qualsiasi canale dell'ascoltatore atto all'assorbimento della suggestione del suono armonico della parola declamata che pun-

ta alla persuasione attraverso la costruzione di immagini fantastiche - al logorroico che di quei suoni fa scempio e che - come un punteruolo spuntato - incide senza pena anche la più granitica resistenza al dolore. Dal retore quale artista dell'eloquenza che si avvale dei più corroborati stili informati dal cadenzato uso del silenzio al ciarlatano che si nutre dell'ampollosa gonfiezza delle esagerazioni rappresentate e che - nutrendo-



si di superficialità - si avvolge nella rindondanza e nella prolissità, si erge la foglia tra l'inganno e il tormento. Ma ci sono dei requisiti di fondo che possono regolare le condizioni di quando una parola ha senso e significato? Il gioco linguistico, entro cui di volta in volta la parola trova la sua natura più autentica, lascia ben pochi spazi alla ricerca di certezza; la parola è ambigua ed equivoca e solo il gioco all'interno del quale si usa

l'onora della dignità d'esistenza. Uno che di queste cose se ne intendeva scriveva che il linguaggio e il mondo hanno la stessa forma logica. "Un nome sta per una cosa, un altro per un'altra cosa e sono connessi tra loro: così il tutto presenta - come un quadro plastico - lo stato di cose". [...] I limiti del mio linguaggio - scrive Wittgenstein - significano i limiti del mio mondo" (1918: 24). Se Wittgenstein avesse ragione ci si sente tre-

mare le vene ai polsi nel ricordare l'ultima persona che incontrandoci ci ha inchiodato al suo soliloquio. Quale forma logica del mondo ha mai potuto informare quella persona quando il suo parlare ci ha crocifissi a quella moltitudine di chiodi offerti dal reale verso cui noi - a differenza - abbiamo riservato tanti silenzi? Ci soccorre l'idea che la corrispondenza tra linguaggio e mondo, qualora venga assunto come criterio unico,

sia un principio metafisico arbitrario. Ogni individuo sembra in possesso di un orologio innato; dopo un certo tempo l'ascolto si spegne e, al suo posto, prende forma un comportamento informato da un codice morse che si ispira alla pura convenienza e opportunità. Non si può interrompere una persona che parla come la si può, però, non ascoltare. Se i rapporti sociali esigono il rispetto della persona questi, però, non possono superare certe soglie. Affermava Totò: "Ogni limite ha una pazienza!" Tutte le specie viventi parlano. A loro modo comunicano. La comprensione, a differenza, è sempre una sfida aperta. Il capirsi e l'intendersi è altra cosa dal dire Quando parlo con il mio gatto e lui con me il senso di questa scommessa mi appare in tutta la sua potente evidenza. La considerazione di fondo che può consolare i chiacchieroni è che comunque il parlare è un atto che può realizzare qualcosa di innovativo. L'importante è che l'istante rivelativo non affoghi in quello espressivo; in questo caso più che risposte colui che parla riceverà - nella migliore delle ipotesi - solo un atto di obbedienza. Con la parola l'uomo diventa un animale domestico e così trasformato può dare il via alla propria storia: dare vita alla narrazione. Da qui anche la possibilità della parola di fare addormentare. Forse l'ultima spiaggia per conservarsi vivi fino alla prossima chiacchierata. •

“Patologia da compassione” rischio per i medici

Una sindrome che, resa nota nel corso di una conferenza di operatori della salute mentale australiani e neozelandesi, può condurre anche all'esaurimento

di Luciano Pecchiai (*)

È ormai sotto gli occhi di tutti una vera e propria carenza del rapporto medico paziente, la cui responsabilità è in gran parte da ricondurre a un incremento sempre maggiore del carattere tecnologico della nostra medicina, fino al punto che può essere il computer a fornirci la diagnosi, in base ai dati di laboratorio, stabilendo contemporaneamente i protocolli di cura.

A questa situazione di snaturamento della medicina, si va contrapponendo quella di alcuni medici che, all'opposto, prendono a cuore il dolore e la sofferenza dei loro pazienti fino a farseli propri. Ciò può provocare un turbamento della salute mentale del medico, provocando l'insorgenza di una particolare sindrome, definita “fatica da compassione”, cioè del “patire insieme”.

Questa sindrome è stata resa nota a una conferenza di operatori della salute mentale australiani e neozelandesi e riferita in Italia da “Il Giornale della Previdenza” (numero 8/2006).

La “fatica da compassione” può avere un alto costo. Il medico può restare oppres-



so dai drammi dei suoi pazienti, giungendo a un vero e proprio “esaurimento”. Se poi, invece di avere semplicemente “a cuore” i problemi del paziente, il medico li cala dentro di sé, vivendoli, può insorgere una situazione turbativa, che supera un semplice “esaurimento”, con possibili conflitti esistenziali che possono diventare un peso insopportabile. Per non essere trascinati in questa spirale, così da poter sopportare senza danni questa situazione, la nostra medicina classica suggerirebbe il ricorso, se non a psicofarmaci, a uno psicologo, meglio a un professionista di salute mentale, per sottoporsi a dei “briefing”, in modo da essere consapevoli della sindrome e quindi meno vulnerabili dall’“esaurimento” e dal-

le malattie fisiche causate dal continuo stress.

L'insorgenza dell'insopportabilità del “patire insieme” del medico col paziente, fino al punto di un vero e proprio esaurimento, potrebbe essere dovuto a molti fattori. Tra questi, ritengo opportuno considerare quello di una disarmonia, tra il comportamento del medico col paziente, rispetto al comportamento nell'ambito sociale, familiare e di lavoro.

Mi riferisco all'eventualità che il medico limiti la propria dedizione d'amore al paziente, mentre nel proprio ambiente di vita si adatti al comportamento dominante di conflittualità, di fatto, di disamore nei confronti del prossimo.

Questa disarmonia di comportamento, nel senso di una incoerenza culturale, pratica, porta a una insop-

**Vivere
i problemi
del paziente
in modo
opprimente**

portabilità del circoscrivere la propria dedizione d'amore al solo paziente. Per ristabilire l'equilibrio, così da evitare il rischio della “fatica da compassione”, è necessario scacciare dal proprio cuore ogni sentimento negativo nei confronti del prossimo.

Non soltanto risentimento, rancore, odio, vendetta, ma anche rabbia, conflittualità, violenza e sfruttamento del prossimo, di fatto, sentimenti di disamore.

Questa operazione la può compiere chiunque, indipendentemente da un qualsiasi coinvolgimento etico, correlato a un eventuale convincimento religioso.

Tuttavia, chi ha un credo di fede affermerà che, se il cuore dell'uomo è pervaso dall'amore, lì, il Divino, cioè lo Spirito, ha fatto la sua dimora, intervenendo nell'operare dell'uomo.

È ovvio che chi opera è sempre l'amore, che condiziona ogni comportamento etico, non necessariamente riconducibile a un intervento superiore, al quale far risalire l'autogrificazione del proprio operare.

Questa è la mia testimonianza, vissuta, al traguardo di 60 anni di laurea. •

(*) *Libero docente
in Anatomia patologica*

COCAINA CONNECTION

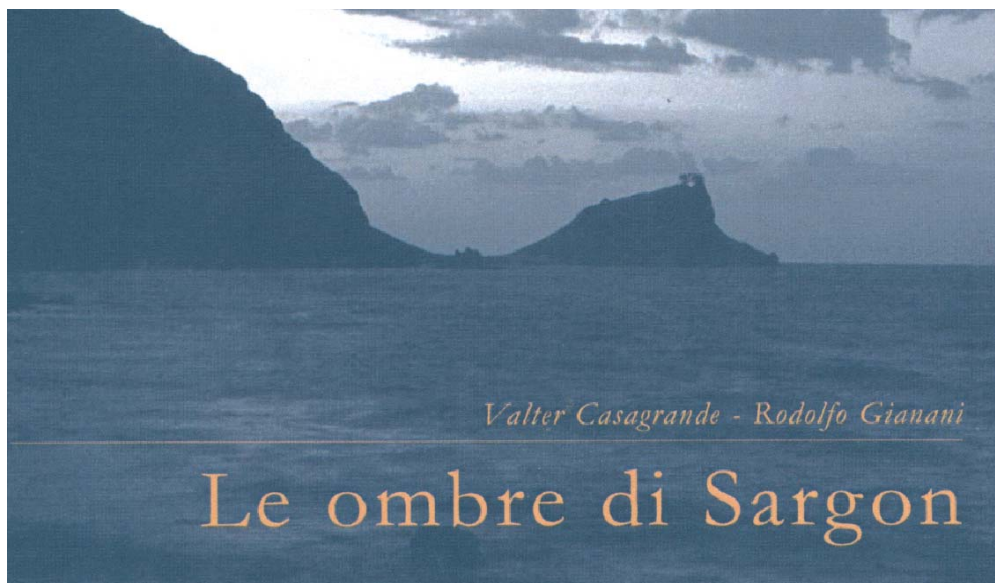
**L'IMPERO DELLA 'NDRANGHETA:
IL TRAFFICO INTERNAZIONALE DI STUPEFACENTI**

Gia il titolo dice che ci vuole un bel coraggio a scrivere di queste cose. Intendiamoci, non per timore di aggressioni ma, certo, per il tema a dir poco esplosivo, specie in questi ultimi tempi. Allora possiamo tranquillamente

affermare che Orfeo Notaristefano, autore del libro inchiesta, da anni immerso nella realtà della medicina che, quasi quotidianamente, sviscera su giornali e riviste specializzate, è uno scrittore coraggioso. Nel volume (333 pagine - Edizio-

ni Ponte Sisto) che si avvale della prefazione di Giuseppe Lumia, attento osservatore del fenomeno droga anche perché vice presidente della Commissione Parlamentare Antimafia. Notaristefano, sin dalle prime pagine, mette le mani avanti:

la lotta alle tossico-dipendenze non significa lotta al tossicodipendente; c'è in più, la necessità di rilanciare, a un livello alto e intenso, la lotta al traffico internazionale di stupefacenti. La dimensione del narcotraffico è mondiale, gli interessi sono stratosferici e la regia è in mano all'ndrangheta, la mafia calabrese sempre più protagonista. E nel libro si parla di giovani che sembrano destinati a una tragica fine, di centri di accoglienza, dell'intervento della Medicina: non è vero che il "tunnel" è infinito, vi è sempre una speranza di vita. Anche per mandare in galera i delinquenti. •



Le ombre di Sargon

Le Ombre di Sargon è il titolo del libro di due medici, Valter Casagrande e Rodolfo Gianani. Apparentemente questo romanzo narra la storia di un direttore d'orchestra di successo, alle prese con il rapimento di una sua allieva, e di un salto spazio-tempora-

le, che porta all'incontro di due società e di modi di vivere basati su presupposti divergenti. Addentrandoci nella lettura, e soffermandoci su alcuni particolari, spesso tracciati con tocco leggero, troviamo alcuni interessanti elementi di paleoarcheologia, ed anche ana-

lisi linguistiche, che propongono nuovi scenari sulla storia dell'Italia e della Sardegna in particolare attorno al 2.300-2.000 a.C.. Non si comprende bene quanta parte di queste analisi e di questi elementi sia frutto della fantasia degli autori, oppure sia il

risultato di un processo di approfondimento reale, e se luoghi, fatti e nomi citati posseggano una qualche corrispondenza in cose esistenti. Questo dubbio avvince il lettore e lo tiene legato alla lettura fino al termine del romanzo. Comunque, durante lo svolgimento di questa trama, emergono continuamente scenari che sono alternativi e diversi da quelli "atlantidei", proposti recentemente da altri autori, sul passato preistorico della Sardegna, ma non sono per questo meno avvincenti e meno rivoluzionari. Il romanzo può essere ordinato direttamente via email alla Casa Editrice Onyx Edizioni all'indirizzo www.onyxedizioni.com, nella sezione Narrativa/Libri, ora anche nella classica versione in stampa. •

di Renato Lauro (*)

Dall'anno accademico 2000/2001 la Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata ha istituito il Master triennale di 2° livello in Agopuntura clinica.

È opportuno stilare un bilancio dopo i sette anni trascorsi dalla sua attivazione, durante i quali sono stati già conclusi cinque cicli didattici e dei 98 medici iscritti 93 hanno conseguito il diploma del Master ed hanno iniziato ad esercitare l'Agopuntura con soddisfazione sia nelle rispettive strutture ospedaliere sia nei propri ambulatori privati.

La partecipazione al Master per aree geografiche può essere così schematizzata: 30% Roma e provincia, 15% Lazio, 55% altre regioni. Questo per far comprendere come l'interesse ha di molto travalicato i limiti territoriali dell'Università di Roma Tor Vergata.

La decisione maturata dal Dipartimento di medicina interna, nell'istituire il Master di Agopuntura clinica, ha peraltro anticipato altre iniziative simili in ambito accademico, ma si è da subito distinta in qualità e organizzazione

**Percorso
didattico
formativo
e informativo**

A che punto siamo con l'agopuntura?

Il preside della Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Tor Vergata fa un bilancio sul Master triennale istituito sette anni fa. La didattica è stata affidata a un'équipe di medici qualificati grazie anche all'esperienza maturata in prestigiosi centri specializzati cinesi

in quanto il percorso didattico è stato concepito per realizzare un impegnativo programma formativo approfondito ed esaustivo, pianificato su cinque moduli didattici suddivisi in tre anni accademici, di cui tre moduli di lezioni frontali e due moduli di apprendimento pratico-clinico sotto la guida di tutor.

La scelta di istituire un percorso didattico formativo e non informativo della durata triennale è stata opportunamente valutata per affrontare con impegno e serietà lo studio della medicina tradizionale cinese e questo ha permesso di sviluppare essenzialmente sia i contenuti teorici della fisiopatologia sia quelli pratici della clinica.

L'obiettivo didattico è stato focalizzato all'apprendimento di una disciplina medica culturalmente e scientificamente diversa nel metodo, per esaltarne la validità e l'efficacia, nel contesto di una integrazione terapeutica con le acqui-

sizioni della medicina moderna.

Si sono tenuti in considerazione gli aspetti scientifici sia dei meccanismi d'azione dell'agopuntura che delle sue applicazioni cliniche alla luce delle recenti ricerche che ne hanno comprovato l'efficacia in rapporto alla Ebm.

Particolarmente efficace risulta infatti l'intervento dell'agopuntura nei casi di cefalea, di algie del rachide nei suoi distretti cervico dorso lombare, così come nelle forme artro reumatiche di polso gomito e caviglie, nelle gonalgie, nelle periartriti scapolo omerali e nelle coxo artrosi.

Tra le finalità del Master lo studio dell'agopuntura è stato proposto come un ulteriore strumento terapeutico che può integrare ed affiancare le competenze professionali del medico in molteplici ambiti specialistici della clinica, come ad esempio la neurologia, la ginecologia, la pediatria, la gastroenterologia, l'endocrinologia, l'immunologia in sinergia



e complementarietà con l'approccio medico classico sempre nell'ottica di una possibile applicazione interdisciplinare.

La didattica del Master è stata affidata a un'équipe di medici qualificati ed esperti in agopuntura la cui professionalità ed esperienza si è maturata negli anni presso i più prestigiosi istituti di formazione e di clinica come *The China Academy of traditional chinese medicine* e il *Guang An Men hospital* di Pechino.

Possiamo dunque concludere che a sette anni dalla sua attivazione, il Master di Agopuntura clinica dell'Università di Tor Vergata ha raggiunto e soddisfatto gli obiettivi prefissati aprendo la strada alla formazione accademica nella prospettiva di una costruttiva integrazione clinica tra conoscenze metodologiche che, seppure differenti, hanno dimostrato di poter essere maggiormente efficaci nella loro complementarietà. •

(*) *Preside della Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Tor Vergata
Direttore del Master*

Gli studi clinici sono sempre affidabili?

È un'impresa quasi impossibile seguire l'enorme flusso di conoscenze, ma ad essere messa sotto accusa è la "qualità" dei messaggi troppo spesso influenzata da metodologie di ricerca a volte imperfette

di Giorgio Spagnolo (*)

Non è facile da credere, ma è vero: ogni giorno vengono pubblicati almeno dieci articoli che riportano i risultati di sperimentazioni controllate randomizzate: in un anno più di tremila lavori, un dieci per cento dei quali è dedicato ad argomenti che riguardano la medicina cardiovascolare. È quindi ovvio che seguire questo enorme flusso di conoscenze è impresa praticamente impossibile; ma quel che è peggio è che il problema non è solo quello della quantità eccessiva delle informazioni, ma anche e soprattutto quello della qualità, troppo spesso influenzata da distorsioni dovute a metodologie di ricerca imperfette, o da condizionamenti causati da interessi commerciali.

Uno degli aspetti che desta maggiore preoccupazione, come viene con estrema chiarezza evidenziato da una recente analisi di Ferreria-Gonzalez e collaboratori pubblicata sul British Medical Journal (Ferreria-Gonzalez I, Busse JW, Heels-Ansdell D, et al.



Problems with use of composite end-points in cardiovascular trials: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2007; 334: 786), è la frequenza con cui si ricorre a endpoint combinati nel determinare gli esiti da valutare nelle sperimentazioni controllate. Ed in ambito cardiologico questo fenomeno ricorre con particolare sospetta assiduità. Ad esiti chiaramente misurabili e indubbiamente rilevanti per il malato (come ad esempio la mortalità) vengono affiancati endpoint assai meno qualificanti (come ad esempio le variazioni dei parametri di laboratorio); e in molti casi i trattamenti oggetto di

studio hanno un impatto proprio sugli esiti meno importanti, offrendo non di rado ai ricercatori il pretesto per una interruzione precoce della ricerca o per trarre conclusioni affrettate o non sufficientemente motivate.

L'attendibilità dei dati che ci vengono forniti da questa ricerca è in primo luogo confermata dal fatto che sono stati presi in considerazione soltanto lavori pubblicati da quattro riviste mediche ad alto impatto (*Lancet*, *Annals of Internal Medicine*, *Jama*, *New England Journal of Medicine*) e su due riviste leader in cardiologia (*Circulation* e *European Heart*

Journal) durante un periodo di 18 mesi. Dall'esame di questi lavori, la maggior parte dei quali risultava dichiaratamente finanziata dall'industria, è risultato che l'utilizzo di endpoint combinati è di uso comune, ed è comunque causa di grande difficoltà nell'interpretare i risultati quando la variabilità dell'importanza per i pazienti è sostanziale ed esiste anche una sostanziale diversità di rilevanza dell'effetto del trattamento. Un importante e plausibile rischio di conclusioni ingannevoli associate all'uso degli endpoint combinati è quello di attribuire riduzioni della mortalità ad interventi che, di fatto, non riducono la percentuale di decessi.

E per cercare di dare una risposta attendibile alla domanda facile-facile (...ma decisamente cattiva!) possiamo concludere, con Ferreria-Gonzalez e collaboratori, che l'uso di endpoint combinati nei trial cardiovascolari è spesso complicato dall'ampiezza dei gradienti rispetto all'importanza sui pazienti e alla intensità degli effetti tra i componenti degli endpoint. Percentuali di eventi più elevate e maggiori effetti per trattamento associati a componenti meno importanti potrebbero generare un'interpretazione fuorviante dell'effetto del trattamento. E... scusateci se è poco! •

(*) Presidente Consulta Fondo di previdenza degli Specialisti esterni

a cura di Maria Rita Montebelli

Chiropratici e fisioterapisti se ne erano accorti da tempo. Le manipolazioni della colonna cervicale, quelle che producono “scrocchi” da pelle d’oca per intenderci, fanno abbassare la pressione arteriosa. Un’osservazione rimasta orfana di spiegazioni per lungo tempo. Ma uno studio pubblicato di recente da un gruppo di ricercatori dell’Università di Leeds su *Journal of Neurosciences* ha rivelato che le afferenze nervose provenienti dal collo terminano in un’area del cervello cruciale per il controllo della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e della respirazione, il nucleo del tratto solitario. Un’area per la verità già individuata da Ramon Y Cajal oltre un secolo fa, ma la cui funzione è rimasta in

I segreti del “colpo di frusta”



gran parte sconosciuta fino ai giorni nostri. L’ipotesi dei ricercatori inglesi, affiancati in questo studio anche da giapponesi e ungheresi, è che i segnali nervosi provenienti dal collo giochino un ruolo determinante nell’assicurare un adeguato flusso ematico al

cervello durante i cambi di posizione; una disfunzione di questi segnali può al contrario determinare alterazioni della pressione sanguigna, comparsa di vertigini e alterazioni dell’equilibrio, come si osservava spesso ad esempio nelle vittime del “colpo di fru-

sta”. Questo studio aiuta a far luce anche sul fenomeno dell’ipotensione ortostatica che può determinare crisi subclipotimiche a seguito di cambi posturali repentini; i muscoli del collo potrebbero far parte di un sistema, in grado di scongiurare normalmente questo problema, indicando al cervello che c’è stato un cambio di posizione. Il prossimo traguardo dei ricercatori dell’università di Leeds consisterà nell’individuare le connessioni tra l’area del cervello dove arrivano le afferenze dal collo ed altre regioni del cervello; questo potrebbe aiutare a comprendere meglio i molti disturbi associati ai danni del “colpo di frusta” e forse ad individuare dei nuovi trattamenti.

(Fonte: *Journal of Neurosciences*, agosto 2007)

Le allergie sono in crescita esponenziale. Si calcola che attualmente a soffrirne sia un europeo su cinque, il doppio della popolazione rispetto ad appena quindici anni fa. Quest’estate, dall’Università di Ghent (Belgio) è arrivata la notizia della messa a punto di un nuovo modo di combattere le allergie, che fa leva su un alleato decisamente inusuale, il *Lactococcus lacti*. Questo batterio, più noto finora per le sue capacità di trasformare il latte in yogurt e formaggio, può essere utilizzato infatti come cavallo di Troia per far arrivare all’intestino, intro-

Le allergie si cureranno con lo yogurt?



dotti per via orale, allergeni e auto-antigeni a scopo terapeutico. Negli animali questa innovativa tecnica di terapia delle allergie ha dato risultati incoraggianti. Somministrando a topi allergici all’ovoalbumina (una proteina dell’uovo) il *Lactococcus lacti*, nel cui Dna era stata inserita una sequenza codificante per l’ovoalbumina, i ricercatori fiamminghi sono riusciti a liberare questi animali dall’allergia all’uovo, desensibilizzandoli a questa proteina, che veniva rilasciata dai batteri nel loro intestino.

(Fonte: *Gastroenterology*, agosto 2007)



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.



Associazione medica italiana di idroclimatologia, talassologia e terapia fisica

62° Congresso nazionale dell'Amiutf

Terme Luigiane di Guardia Piemontese (CS), 26-27-28 ottobre

In questo 62° congresso verranno presi in esame due argomenti di particolare attualità e interesse per il termalismo: la riabilitazione termale, nei suoi vari aspetti (motoria, respiratoria, vascolare, dermatologica, orl., ecc.) e benessere, qualità della vita e medicina termale, volendo stabilire parametri precisi a questo argomento in rapporto ai criteri strettamente scientifici della medicina termale

Informazioni: Segreteria Scientifica

prof. Giulio C. Di Lollo, tel. 06 8606908, 333 5973735, fax 06 8600382

Ecm: accreditamento in corso

Congresso medicina d'urgenza ospedale "San Carlo di Nancy" IDI

L'urgenza: ospedale e territorio

Roma, 13 ottobre, Hotel Crowne Plaza

Presidente: dott. Romolo Petrucci

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott.ssa Katia Vacca, dott.ssa Gabriella Grieco, dott.ssa Antonella Propato

Segreteria Organizzativa

Emme line s.r.l., Via Crescenzo 95, Roma 00193, tel. 06 68308408, fax 06 68309354

cell. 338 7819107, e-mail: info@emmelinesrl.it

Ipoacusie infantili. Diagnosi e terapia

Comiso (RG) 27 ottobre

Argomenti trattati: epidemiologia e cause della ipoacusia infantile, diagnosi, terapia, programmi di screening neonatali, impianti cocleari e protesi impiantabili, rieducazione logopedica

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Kalos Convegni, Vittoria Rg

tel. e fax 0932 510221, e-mail info@kalosconvegni.it

Ecm: crediti per medici, audioprotesisti, audiometristi, logopedisti

Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica

NutriClinica: dall'ebm alla pratica diagnostico-dietoterapeutica

Giardini Naxos, 24-27 ottobre

Direttore del corso: prof. Francesco Leonardi

Il corso sarà strutturato in 4 moduli formativi monotematici che tratteranno, in sessioni parallele ed a numero chiuso, argomenti di grande rilevanza nutrizionale sia per chi opera nel territorio che nell'ospedale. Le tematiche prescelte sono: obesità infantile, malnutrizione proteico-calorica, nutrizione artificiale, sorveglianza alimentare

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Promeeting, Vicolo del Popolo I 20, 05018 Orvieto (TR)

tel. 0763 344890, fax 0763 344880, e-mail: info@promeeting.it

Giornate bresciane di imaging toracico

Mediastino e dintorni

Brescia, 17-19 ottobre, aula magna della Facoltà di Medicina e Chirurgia

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Symposia srl, Clementina Rizzetti, Via R. Psaro 17, 25128 Brescia

tel. 030 3099308, fax 030 3397077

e-mail: rizzetti@symposiacongressi.it, segreteriacorsi@symposiacongressi.it

web site: www.symposiacongressi.it



Lo spettro della psicoanalisi

Verona, 13 ottobre, centro culturale G. Marani

Relatori: Fausto Petrella, prof. Gherardo Amadei, dott. Giovanni Foresti, dott.ssa Maria Teresa Aliprandi e dott.ssa Gemma Pompei. Coordinatori dell'evento saranno il dott. Sandro Panizza e la dott.ssa Liliana Cunico

Informazioni: Segreteria tel. e fax 045 592098, cell. 346 9409275, e-mail: itineraripsico@libero.it

Sessuologia clinica

Milano, 19-20 ottobre, 19-20 novembre, 14-15 dicembre

11-12 gennaio 2008, 8-9 febbraio 2008, 7-8 marzo 2008, 4-5 aprile 2008, 9-10 maggio 2008

ospedale San Carlo Borromeo, Via Pio II, 3

Il corso è teorico e pratico - applicativo. Si propone di introdurre allo studio e all'uso delle conoscenze in sessuologia clinica

Durata: 130 ore formative in 8 sessioni di due giorni l'una

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. R. Bernorio, tel. 330 688623, dott. R. Perris, tel. 338 8792747

Segreteria Organizzativa

Divisione Ginecologia ospedale San Carlo, tel. 02 40222290, fax 02 40222889 Via Pio II 3, 20153 Milano

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

Ecm: accreditamento in corso

Azienda usl di ferrara

Medicina necroscopica ospedaliera

Ferrara, 26 ottobre (prima edizione), 23 novembre (seconda edizione)

Polo Formativo AUSL di Ferrara, Via Comacchio 296

Informazioni: Organizzazione e Coordinamento: Antonio Di Giorgio

Segreteria Organizzativa: Direzione Sanitaria Ospedale di Comacchio (Referente: Monia Baldi)

tel.: 0533 310698, fax: 0533 310700, email: monia.baldi@ausl.fe.it

Ecm: richiesto accreditamento

III Giornate cuneesi di medicina interna

La febbre di diagnosi sconosciuta

Cuneo, 12-13 ottobre, Centro incontri della provincia

Presidente: dott. Luigi M. Fenoglio

Presidenti onorari: prof. Gianfranco Pagano, dott. Livio Perotti

Informazioni: Segreteria scientifica Elena Migliore, Sara Severini, Elisabetta Castagna, Christian Bracco

Segreteria organizzativa

Granda Esprit Convegni, tel. 0171 630784, fax 0171 488058 email: silvana.golle@grandaconvegni.com

Rome Rehabilitation 2007

Ergife Palace Hotel - Roma, 30 novembre - 1 dicembre

Presidente: Prof. Valter Santilli

Congresso aperto ai due aspetti fondamentali della riabilitazione: area sociale ed area sanitaria.

L'area sanitaria-riabilitativa sarà sviluppata dai protagonisti del circuito riabilitativo italiano: C. Perfetti, C. Pilati, A. Ferrari, P. Boldrini, N. Basaglia, G. Monari, D. Orlandini, S. Negrini, P. Souchard, C. di Paolo, Scuola Mèèziere, G. Ruoppolo, I. Cammarella. I relatori illustreranno le varie fasi del percorso riabilitativo su casi clinici specifici, dalla valutazione iniziale alla dimissione, dando ampio spazio a produzioni filmate. Le relazioni saranno caratterizzate dal titolo "La mia riabilitazione", a sottolineare che accanto alle considerazioni scientifiche riconducibili all'EBM, non va misconosciuta in riabilitazione l'importanza dell'esperienza individuale e magistrale. Nell'intento di promuovere la formazione dei futuri medici specialisti e degli operatori della riabilitazione, saranno organizzate due sessioni parallele di formazione didattica e presentazione poster e audio visivi scientifici.

Segreteria Organizzativa: INFOPLAN Srl, tel. 06 7020590, 06 70309842, fax 06 23328293

email: info@formazione sostenibile.it



Associazione dermatologi della Magna Grecia

Codici della dermatologia

Rossano (CS), 17-18-19-20 ottobre

Presidente: G. Cervadoro

Comitato di presidenza: S. Dattola, A. Ferrari, F. Verrina

Informazioni: Segreteria Organizzativa

L'Orsa Maggiore, tel. 0963 43538, sito web: www.admg.it, www.settimocongressoadmg.it

Ecm: richiesta al ministero della Salute in corso

Università degli studi di Milano

Risarcimento del danno a persona

Milano, 26 ottobre, aula magna

Il convegno tratta il tema del risarcimento diretto dal punto di vista giuridico, medico-legale ed assicurativo, nonché le problematiche relative alla consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite

Informazioni: Segreteria Scientifica Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni

e-mail: dott.ssa Monica Cucci monicucci@tiscalinet.it; dott.ssa Sonia Scarpati: sonia.sc@tiscalinet.it

Segreteria Organizzativa:

Gruppo Ricerche e Studi Medicina e Diritto, tel. 02 48004677 fax 02 48009447, e-mail: info@medicinaediritto.it

Analisi del movimento: neurofisiologia e riabilitazione

Università degli studi La Sapienza - Roma

Durata: annuale - circa 10 weekend l'anno - a partire da gennaio 2008

Obiettivi: Il Master di II livello si rivolge a medici e ingegneri interessati a sviluppare approfondite competenze delle tecniche, delle procedure e delle modalità di acquisizione, elaborazione ed interpretazione dei dati e dei segnali di Analisi Computerizzata del Movimento attualmente in uso

Informazioni: www.uniroma1.it - Segreteria Dipartimento Scienze dell'App. Locomotore

tel. 06 49914192, 06 4462630

Pneumologia ed allergologia pediatrica

Genova, 26-27 ottobre

Presidente: Giovanni Arturo Rossi

Informazioni: Segreteria Scientifica

Elena Battistini, Maurizio Dorati, Donata Girosi, Oliviero Sacco, Mariangela Tosca

U.O. Pneumologia, Istituto G Gaslini, Largo G. Gaslini 5, 16147 Genova

tel. 010 5636547-548-334, fax 010 383953

e-mail: pneumologia@ospedale-gaslini.ge.it

Segreteria Organizzativa

iDea congress, Via della Farnesina 224, 00194 Roma

tel. 06 36381573, fax 06 36307682

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

Ecm: il convegno seguirà le procedure presso il ministero della Salute per ottenere crediti

Università "La Sapienza" - Roma

Posturologia

Direttore: prof. Giuseppe Amabile

Coordinatore: prof. Fabio Scoppa

Non appena approvato dagli organi accademici, il bando di concorso dell'anno accademico 2007-2008 si potrà leggere sul sito: www.posturologia.biz

Scadenza domande di ammissione: 26 ottobre

Informazioni: Segreteria Didattica

tel. 06 97274138, e-mail: posturologia@chinesis.org, posturologia@tin.it



Medicina tradizionale cinese, medicina e riabilitazione

Università degli studi La Sapienza - Roma

Durata: annuale - circa 10 weekend l'anno - a partire da gennaio 2008

Il Master di II livello è rivolto ai medici interessati ad aggiungere alla conoscenza delle tecniche diagnostico-terapeutiche di appartenenza alla medicina classica occidentale una preparazione in Medicina tradizionale cinese, al fine di contribuire all'integrazione tra le diverse discipline, soprattutto nella pratica della Medicina fisica e riabilitativa.

Tra gli argomenti affrontati nel Corso: l'agopuntura, la fitoterapia, la medicina manipolativa, le metodiche diagnostiche e le tecniche di trattamento.

Informazioni: www.uniroma1.it - Segreteria Dipartimento scienze dell'apparato locomotore
tel. 06/49914192 - 06/4462630

XXXI Congresso nazionale della Società italiana di medicina psicosomatica

Psicosomatica e qualità di vita

Firenze, 15 - 18 novembre, Piazza della Calza 6, Convitto della Calza

Presidente: E. Panconesi

Presidente Onorario: P. Parietti

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Mario G. Sarti

Segreteria Organizzativa

Hevento public relations, Via de' Tornabuoni 1/a, 50123 Firenze

tel. 055 210454, fax 055 283656, e-mail: segreteria@heventogroup.com

Società italiana aggiornamento medico di medicina generale

Radiologia odontostomatologica

Roma, 8-9 novembre, aula Eosmed, Via Prenestina 321

Coordinatori: dott. Paolo Diotallevi, dott. Enrico Moglioni

Informazioni: Siameg, tel. 06 4746344, Via Merulana 272

Ecm: in corso di accreditamento

4th International workshop on neonatology 1st Meeting of neonatal infectivology

Cagliari, 25-27 ottobre, T Hotel

Il congresso, è un appuntamento annuale dove si offrono numerose occasioni di aggiornamento sulle novità sia di ricerca, sia cliniche in neonatologia. Inoltre quest'anno il 2° Congresso Nazionale di Ecografia Pediatrica e il XXIV Congresso "Bambino: Progetto Salute" affiancano il Workshop

Presidenti: prof. Vassilios Fanos, dott. Mauro Stronati, dott. Rino Agostiniani, prof. Giuseppe Caramia

Informazioni: Local Organizing Secretariat Department of Pediatric Science, University of Cagliari

P. Baire, tel. 070 6093495, e-mail baire@unica.it, N. Mascia, tel. 070 6093453

A. Raffo, tel. 070 6093439, e-mail: antonella@tiscali.it

Organizing Secretariat:

BIOMEDIA srl, Silvia Terragni, Via L. Temolo 4, 20126 Milano

tel. 02 45498282; fax 02 45498199

e-mail: silvia.terragni@biomedia.net, sito web: www.biomedia.net

Federazione italiana di ossigeno ozono terapia

Congresso nazionale FIO

Bologna, 12-13 ottobre, aula magna Ospedale Bellaria Bologna - Padiglione Tinozzi

Presidente: dott. Roberto Cardelli, e-mail: roberto-cardelli@libero.it

Programma ed argomenti trattati: l'ossigeno ozono terapia, linee guida e protocolli terapeutici nell'approccio multidisciplinare in ambito medico specialistico neuroradiologico, neurochirurgico, ortopedico, fisiatrico, angiologico, reumatologico, internistico, estetico e nella ricerca medica

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott. Fabio De Santis, e-mail: fabio.desantis@ausl.bologna.it

Segreteria Organizzativa FIO:

e-mail: info@xrayservice.it, tel 030 3197173

Ecm: è stata attivata la procedura per l'accREDITAMENTO



Medicina manuale, metodiche posturali e tecniche infiltrative

Università degli studi La Sapienza - Roma

Durata: annuale - circa 10 weekend l'anno - a partire da gennaio 2008

Al termine del corso è prevista un'approfondita conoscenza e competenza su: semeiotica specialistica nel percorso diagnostico delle algie vertebrali trattamento manuale (manipolazioni vertebrali) e riabilitativo delle algie vertebrali e una conoscenza di base di tecniche di terapia infiltrativa quali infiltrazioni intrarticolari e intramuscolari, mesoterapia, ossigeno-ozono-terapia e metodiche posturali.

Informazioni: www.uniroma1.it

Segreteria Dipartimento Scienze dell'App. Locomotore

tel. 06/49914192 - 06/4462630

Infezioni prenatali e neonatali - diagnostica per immagini e clinica

Crema (CR), 16-17 novembre

Presidenti: dott. Alberto Chiara, dott. Paolo Guarnerio

Informazioni: Segreteria Scientifica

U.O. di Pediatria, Ospedale Maggiore di Crema, tel. 0373 280280

Segreteria Organizzativa

Keyword Europa, Via Ludovico Mancini 3, Milano

tel. 02 54122513-71-79, fax 02 54124871

e-mail: keyword1@mdsnet.it

Associazione medici endocrinologi

Update in Endocrinologia clinica

Bologna, 2-4 novembre, Palazzo della Cultura e dei Congressi

Informazioni: Segreteria Organizzativa Ame

Nord Est Congressi, Via Aquileia 23, 33100 Udine, Italia

tel. 0432 21391, fax 0432 506687

e-mail: ame@nordestcongressi.it

Ecm: verranno richiesti i crediti ministeriali per tutte le sessioni in programma

Università "La Sapienza" Roma

Metodi statistici per la ricerca e la pratica biomedica

Il Corso intende approfondire le metodologie operative di tipo statistico ed epidemiologico che i dirigenti del S.S.N. devono saper utilizzare per la valutazione critica della letteratura scientifica e per un corretto e più rigoroso esercizio della propria professione. La scadenza per la presentazione delle domande è il 30 novembre.

Informazioni: Direttore del Corso Prof. Antonio Boccia; Segreteria didattica Dott.ssa Maria Rosaria Vacchio e Dott.ssa Ausilia Pulimeno, Centro Didattico Polifunzionale, Sezione di Medicina Clinica e Sanità Pubblica, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università "Sapienza" Roma, Viale Regina Elena 324 - 00161 Roma tel. 0649970251, fax 064958348, e-mail: rosaria.vacchio@uniroma1.it

Ulteriori informazioni sono disponibili anche in rete: www.uniroma1.it/studenti/corsi/altaformazione

La salute negli anni: approccio multidisciplinare

Roma, 10 novembre, Ospedale San Pietro Fatebenefratelli, Via Cassia 600

Principali argomenti trattati: l'invecchiamento e la prevenzione dell'invecchiamento visto da tutte le branche della medicina accademica e complementare. (programma consultabile dal 15 luglio sul sito: www.sponzilli.it)

Informazioni: Segreteria scientifica

prof. Pietro Alimonti, prof. Osvaldo Sponzilli

Segreteria Organizzativa: ambulatorio di omeopatia e agopuntura, Ospedale San Pietro Fatebenefratelli, Roma cell. 360350583, e-mail: dr.osvaldosponzilli@libero.it

Ecm: accreditamento in corso per medici



Università degli studi di Genova

Chirurgia estetica e medicina estetica

novembre 2007-novembre 2008

Presidente: prof. Pierluigi Santi

Informazioni: Segreteria Scientifica d.ssa Paola Barabino, d.ssa Valeria Puggioni

Segreteria Organizzativa: d.ssa Antonella Ferrando, tel. 010.353.7261 fax 010.353.7377

Largo Rosanna Benzi 10, 16132 Genova

sig.ra Maria Antonietta Guida, sig.ra Ivana Limardo, tel. 010.5600881, fax 010.5600316

Dismorfismi uterini e infertilità femminile

Utero setto: diagnosi e trattamento

Bologna, 9 novembre

Lo scopo di questo incontro, organizzato dal dott. Giampietro Gubbini e dalla d.ssa Daniela Nascetti, è quello di reinquadrare i dismorfismi uterini alla luce delle attuali conoscenze sulla fertilità femminile, fare chiarezza circa il corretto utilizzo delle metodiche diagnostiche a disposizione e rivedere il razionale della scelta chirurgica. Il tema centrale riguarda l'utero setto, la sua diagnosi e il ruolo che la chirurgia isteroscopica riveste nel suo corretto trattamento.

Informazioni: HT congressi srl, Valentina Zaccanti, Via Benedetto Marcello 1, 40141 Bologna
tel. 051 480826, fax 051 480582, e-mail: valentina.congrex@virgilio.it

International society laser surgery and medicine

International academy laser medicine and surgery

Laser Florence 2007

Firenze, november 8th - 10th, Villa Viviani Convention Center, Viale G. D'Annunzio 230

Program Chairperson: L. Longo

Informations: Scientific Secretariat Astral, Borgo Pinti 57, 50121 Firenze, tel. 055 2260619, fax 055 39069632
e-mail: info@laserflorence.org, sito web: www.laserflorence.org

Università di San Marino - Studi Biomedici

Posturologia clinica ad indirizzo multidisciplinare

Repubblica di San Marino, 23-25 novembre

Direttore: dott. Vincenzo Colucci

Coordinatore didattico: dott. Alberto Cataldi

Evento a numero chiuso (25 partecipanti) indirizzato a laureati in medicina e chirurgia con o senza specializzazioni specifiche. Il workshop è intensivo, con prove teoriche e pratiche con casi clinici simulati e veri per preparare il discente in questa interessata disciplina

Informazioni: Segreteria Organizzativa d.ssa Paula Cenci, CIRAPoC - Dipartimento di Studi Biomedici
Contrada Omerelli, 77 tel: 0549 882516, fax: 0549 882519, e-mail: db@unirmsm
sito web: www.flebologialinfologia.com

Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Firenze

Ottimizzazione neuro psico fisica e CRM terapia

Anno accademico 2007-2008, Istituto Rinaldi Fontani, Firenze

Lo scopo del master è di formare medici esperti nella diagnosi e dei disturbi e delle patologie stress correlate e nella terapia di esse mediante Ottimizzazione neuro psico fisica.

Durata del corso: 11 mesi

ECM: al master sono attribuiti 60 crediti formativi universitari

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

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

Segreteria Post Laurea Sezione Master: tel: 055 4598775/4598767 fax: 055 4598828

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

Modena

Corte di Cassazione

Nel caso di violazione del Codice della Strada per il contestato uso del telefono cellulare durante la guida, non "a viva voce" o dotato di auricolare, ai sensi dell'art. 173, non può ritenersi giustificato detto comportamento per essere stato il trasgressore un medico, "costretto ad usare il cellulare in quanto contattato da una paziente colta da malore". Alla pur urgente chiamata, il sanitario avrebbe potuto dare riscontro non durante la guida, con pericolo per sé e per gli altri utenti della strada, ma dopo aver opportunamente arrestato la marcia in posizione tale da non impegnare la circolazione stradale. (Avv. Ennio Grassini www.dirittosanitario.net)

Genova

Eolo Parodi, vita da medico

Eolo Parodi si racconta in questo libro con spassionata sincerità, grazie alle domande precise e incalzanti di Giuliano Crisalli, un giomalista che di Parodi conosce vita e miracoli. Di miracoli, a dire il vero, Parodi ne ha fatti parecchi, anche se lui non li chiama così. Si limita modestamente a rievocarli in questa lunga intervista come fossero delle semplici soluzioni dei tanti non facili problemi che ha dovuto affrontare in tutta la sua vita come medico, come scienziato, come presidente della Federazione dei medici e degli odontoiatri e dell'Enpam, nonché come parlamentare italiano ed europeo. Ma soprattutto come uomo. Egli parla di sé stesso, senza mai incorrere in cadute di stile e con la sua consueta, burbera ritrosia concede molto più spazio all'autocritica che all'autocelebrazione. "Vita da medico" è un libro scorrevole come un romanzo, ricco di fatti, di notizie, di aneddoti curiosi. Ma soprattutto di tanta umanità.

Giuliano Crisalli "Eolo Parodi, vita da medico"

info@e-redazione.it

NB. Il 15 giugno scorso il libro è stato presentato a Genova, presso il Teatro della Gioventù, di fronte ad un folto e qualificato pubblico.

Cremona

L'Azienda "Istituti Ospitalieri" di Cremona - Dipartimento Diagnostica per immagini ed Alte Tecnologie - e la cattedra di Radiologia dell'Università degli Studi di Brescia - il giorno 16 novembre 2007 presso Palazzo Trecchi e nell'adiacente sala del Popolo di Palazzo Citanova organizzano un Convegno da titolo "Le Neoplasie del capo del collo: dalla diagnosi alla terapia".

* * *

L'Azienda "Istituti Ospitalieri" di Cremona - Dipartimento di Medicina di Laboratorio - in collaborazione

con l'ASL di Cremona ha promosso per sabato 1° dicembre 2007 il 3° Corso di aggiornamento su "Appropriatezza della richiesta di indagini di laboratorio - Diffusione e condivisione delle linee guida relative ad alcune patologie".

Catania

No all'istituzione di nuove professioni sanitarie

L'istituzione di nuovi profili sanitari rischia di non migliorare i livelli qualitativi ed assistenziali attuali ma di dare altresì luogo a sicure sovrapposizioni di competenze e ruoli. Riteniamo inoltre che la posizione assunta dal segretario nazionale del sindacato dell'artigianato (SNO-CNA) tuteli solo ed esclusivamente gli interessi dei suoi iscritti senza tenere conto delle gravi ripercussioni che, nell'attività sanitaria, ciò provocherebbe. L'approvazione di nuovi profili sanitari andrà a generare una deleteria confusione nei ruoli degli operatori sanitari che di certo causerà un grave danno alla qualità del servizio e quindi alla salute dei pazienti. Inoltre i nuovi operatori che si ritroveranno così sanati potrebbero in qualche modo violare ogni norma di sicurezza e legalità, grazie all'equiparazione coi professionisti del settore. La commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine dei medici di Catania condividendo pienamente la posizione della Federazione nazionale de-

gli Ordini dei medici e degli odontoiatri ritiene che qualunque tentativo di sanatorie di esercizio abusivo come i predetti profili sia da respingere sotto il profilo etico, deontologico e professionale.

La professione medico-odontoiatrica non può accettare compromessi che strumentalizzino la salute dei propri pazienti.

Novara

Falsi dipendenti

dell'Agenzia delle entrate

Numerose sono le segnalazioni circa tentativi di ragiri a danno dei contribuenti perpetrati da persone che si spacciano per dipendenti dell'Agenzia delle Entrate o utilizzano false carte con il logo dell'Agenzia.

In particolare, la maggior parte delle truffe consiste nel proporre l'abbonamento, dietro pagamento di un corrispettivo, a false pubblicazioni fiscali o l'invio di pacchi e corrispondenza che utilizzano il logo dell'Agenzia contenenti però proposte di natura commerciale oppure l'avviso di aver sottoposto il contribuente a verifica fiscale straordinaria. In questi casi, è facile che siano utilizzati riferimenti a uffici non più esistenti, come "Ufficio Iva di" o mai esistenti, per esempio "Ufficio verifiche/evasioni" o ancora, riferimenti a normativa errata o inesistente.

A tal proposito, si rammenta che tutte le riviste e le pubblicazioni editate dall'Amministrazione fiscale

- anche quelle di contenuto squisitamente tecnico - sono a totale disposizione gratuita dei contribuenti presso tutti gli uffici delle Entrate. Inoltre, nessun dipendente dell'Agenzia è autorizzato a chiedere denaro ai contribuenti né presso il loro domicilio, né al telefono, né in qualsiasi altro luogo.

Bologna

Corte Costituzionale: la Legge 289/2002 aveva l'obbligo di fornire i "criteri" attuativi all'Onaosi. Nessun rilievo all'operato della Fondazione

L'Onaosi ha operato con correttezza e trasparenza nell'applicazione dell'art. 52, comma 23, della Legge 27 dicembre 2002, n. 289 in materia di contribuzione obbligatoria. È quanto emerge dalla sentenza n. 190/2007 della Corte Costituzionale. La Corte ha, infatti, evidenziato una carenza di "criteri" e "limiti" riconducibile alla fonte primaria legislativa (Legge 289/2002), non, quindi, addebitabile all'Onaosi, che, nella fissazione dell'entità delle quote 2003-2004, aveva assunto determinazioni meramente attuative del disposto legislativo, approvate, tra l'altro, espressamente, senza alcuna osservazione, dai Ministeri Vigilanti ai sensi del D. Lgs. 509/1994. Con una terza pronuncia in un decennio (v. sent. n. 248/1997 e n. 214/1999), la Corte conferma ed, anzi, rafforza la propria giurisprudenza in favore dell'obbligo di iscrizione e di contri-

buzione agli Enti previdenziali delle categorie sanitarie (tra cui Enpam, Enpav ed Enpaf che, come l'Onaosi, sono stati privatizzati dal D. Lgs. 509/1994).

Ferrara

Somministrazione di un farmaco "off label" per sfruttarne gli effetti collaterali: condanna per lesioni dolose

Sussiste la responsabilità per il reato di lesioni dolose, nella accezione del dolo eventuale, nel comportamento del medico che prescrive un farmaco per una somministrazione ed utilizzazione cosiddetta "fuori indicazione" o "off label" per sfruttarne alcuni particolari effetti collaterali, allorché dalla utilizzazione e somministrazione del farmaco medesimo derivi per il paziente una malattia rilevante ai sensi dell'art. 582 c.p. e il paziente non abbia rilasciato al sanitario il consenso informato ad ogni possibile conseguenza derivante da un siffatto utilizzo.

L'imputata, nel caso di specie, era conscia del fatto che quella somministrazione del farmaco oltre al probabile e sperato beneficio avrebbe potuto anche produrre (come poi ha prodotto) ulteriori non necessarie menomazioni dell'integrità fisica della paziente. Così agendo ha quindi accettato il rischio dell'insorgenza di questi ulteriori effetti collaterali, ponendosi nell'alveo del c.d. dolo eventuale.

[www.dirittosanitario.net]

Siena



Omaggio al grande Sebastiano Craveri

Quest'anno si celebrano i settant'anni del "Vittorioso", giornale d'avventura baluardo dell'editoria cattolica ed enorme fucina di talenti del nostro fumetto. Di quelle pagine dense d'avventura che ancora oggi testimoniano l'enorme ricchezza del fumetto italiano anteguerra, il cartoonist piemontese Sebastiano Craveri (1899-1973) fu un indimenticabile protagonista. La sua Zoolandia, banda antropomorfa di animali parlanti, era parimenti debitrice sia del segno delle "Silly Symphonies" disneyane che del pittoricismo classico dei racconti per ragazzi. È stata pubblicata ora, come affettuosissimo omaggio alla memoria del disegnatore, su iniziativa di Mauro Giubbolini, medico e amico del disegnatore, una storia mai comparsa in albo, come invece si usava allora per ogni altra pubblicata prima a puntate settimanali: "AZ.77.913 il biglietto della lotteria". L'idea nasce nel 1976 quando Giubbolini porta a Rapallo, alla Mostra internazionale dei cartoonist, alcuni originali dell'autore di "Zoolandia" e viene fuori l'idea di fare un'edizione di 500 copie di un classico del '39 in cui il viaggio in nave vinto da Porcellino & Co. grazie ad un'estrazione fortunata si trasforma in un naufragio sull'isola di Immaginaria dove il tiranno Pingh Pongh usurpa il trono del principe Cerbiatto che il gruppo di animali parlanti con la loro astuzia riescono a detronizzare. Con sberleffo. Distratti dagli eventi i censori non si accorsero che si trattava di una palese allegoria della dittatura. Craveri sfonda la "quarta parete", parla al lettore e, tra le righe ma neanche tanto, condanna la dittatura fascista che di lì a poco trascinerà l'Italia nell'orrore. La copertina di questa pubblicazione è stata disegnata, da Luciano Bottaro, il grande disegnatore recentemente scomparso, è l'ultimo lavoro di Bottaro pubblicato che l'autore ha potuto vedere, e chissà se rileggere finalmente quell'introvabile storia di Craveri non gli abbia strappato uno dei suoi indimenticabili sorrisi. L'albo intitolato "AZ.77.913". Il "biglietto della lotteria" è oggi disponibile per tutti gli appassionati (lo si può richiedere direttamente a Giubbolini Mauro, al 335.8011095 - cgiubbo@tin.it).

UMBRIA

Acquisito ex ospedale Orvieto

È stato approvato dalla giunta regionale dell'Umbria il testo di una convenzione con l'Asl 4 per il trasferimento alla proprietà regionale del complesso immobiliare dell'ex ospedale di Orvieto



“S. Maria della Stella”. L'operazione, effettuata in base alla norma contenuta nella legge regionale 7 del maggio 2004, è finalizzata - è detto in un comunicato della Regione - alla riconversione e valorizzazione dell'ex complesso ospedaliero attraverso un fondo immobiliare ad apporto i cui proventi torneranno all'Asl 4 per essere “destinati - è scritto nella delibera regionale - in via preferenziale allo sviluppo e riqualificazione dei servizi sanitari del territorio orvietano e al riordino del nuovo ospedale comprensoriale di Orvieto”.

SICILIA

Cartella clinica informatizzata a Palermo

È stata presentata nell'azienda ospedaliera “V. Cervello” di Palermo la “cartella clinica informatizzata”, un programma sperimentale che, integrato con i sistemi telematici esistenti (Adt, Lis, Ris e Pacs), raccoglie le informazioni del paziente in un'unica registrazione telematica. L'obiettivo della “cartella clinica informatizzata”, realizzata con l'Agfa Orbis Health care, è fornire uno strumento che, sintetizzando la storia medica del paziente, renda uniforme la documentazione clinico-diagnostica e infermieristica del ricoverato, ottimizzi il processo di assistenza e di cura e aumenti l'efficienza di comunicazione tra il personale medico. Le informazioni clinico-diagnostiche e amministrative forniranno un supporto all'espletamento delle procedure ospedaliere, promuovendo la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente e agli operatori sviluppando modelli organizzativi sicuri ed efficienti. L'unità operativa di chirurgia toracica del “Cervello” sarà la struttura pilota del programma.



MARCHE

Italiani dimostrano legame fra stress e immunità

Per la prima volta viene dimostrato un legame fra sistema nervoso e difese immunitarie. Quella che finora era stata soltanto un'ipotesi della medicina psicosomatica, diventa un'evidenza scientifica grazie allo studio italiano pubblicato sull'importante rivista International Journal of Surgical Pathology. Il patologo Pietro Mureto, dell'ospedale San Salvatore di Pesaro, ha



scoperto che a collegare sistema nervoso e sistema immunitario è un gruppo di cellule, chiamate cellule di Langerhans o cellule dendritiche. Contrariamente a quanto si credeva finora, non nascono nel midollo osseo ma nella struttura dell'embrione dalla quale si forma una parte del sistema nervoso periferico, chiamata cresta neurale. Sono cellule che svolgono un ruolo importante nell'immunità e che agiscono in cooperazione con la prima linea di difesa immunitaria, le cellule T, che difendono l'organismo da agenti estranei come virus e batteri, o contro tessuti e organi ricevuti in un trapianto, o ancora contro le cellule tumorali. “In condizioni normali - ha spiegato Mureto - le cellule di Langerhans hanno il compito di riconoscere un agente estraneo all'organismo (antigene) e di presentarlo ai linfociti T, che sono gli effettori ultimi della difesa immunitaria”.

VENETO

Psichiatria: al via ricerca su cause autismo

Partendo dalla convinzione che guarire dall'autismo è possibile l'Associazione veronese dei familiari di persone autistiche (Agave) sta sostenendo un progetto di ricerca nato dalla collaborazione tra l'Università di Pavia e il Dipartimento di neuropsichiatria infantile dell'azienda Usl 20 di Verona. La ricerca, sostenuta da Agave, in collaborazione con le associazioni analoghe di Trento, Brescia e Napoli, è finalizzata allo studio del genoma del bambino autistico e della sua famiglia, con l'utilizzo di tecniche recenti ed innovative. Un'indagine mai svolta prima in Italia ed una delle prime al mondo. La ricerca si basa sull'uso di una moderna strumentazione che potrebbe finalmente aprire le porte alla speranza di poter individuare una causa dell'auti-



smo. Molte evidenze scientifiche suggeriscono che i disturbi dello spettro autistico abbiano delle forti basi genetiche, sebbene pochissimi geni responsabili di questa patologia siano stati identificati.

EMILIA ROMAGNA

Primo prelievo cornee a domicilio nel parmense

Per la prima volta, nella provincia di Parma, un prelievo di cornee è avvenuto a domicilio. È successo a fine agosto a Salsomaggiore. “Il prelievo di cornee - spiega Marco Mor-dacci, coordinatore per le attività di donazione di organi e tessuti dell'Ausl di Parma - è un'attività che viene abitualmente fatta in ambito ospedaliero. Per la prima volta, alcuni giorni fa, l'intervento è stato realizzato al domicilio del donatore, in quanto deceduto a casa. Purtroppo non sono ancora numerose le donazioni di cornee nella nostra provincia; lo scorso anno ci sono stati sei donatori. Per tante persone ammalate il trapianto è l'unica risposta, in grado di salvare loro la vita, come i cardiopatici o le persone con insufficienza epatica. Per altre persone il trapianto rappresenta la possibilità di guarire da gravi patologie: pensiamo, ad esempio, ai malati in dialisi e alla loro qualità di vita dopo il trapianto di rene, alle persone affette da gravi malattie degli occhi che, con il trapianto di cornea, possono riacquistare la vista, ma anche a chi ha bisogno di 'nuovi' tessuti come segmenti ossei e tendini, valvole cardiache, segmenti vascolari, cute”. La donazione può avvenire solo dopo che si sono fatti tutti i tentativi possibili per salvare la persona e solo dopo che si è constatato, con assoluta certezza, che il cervello è morto e che non potrà mai più funzionare a causa della completa distruzione di tutte le sue cellule. Ogni persona può essere donatore, di organi o solo di tessuti. Anche le persone anziane con più di 80 anni possono donare, ad esempio, il fegato. Lo stato di salute che precedeva la morte e la funzione degli organi durante le sei ore di osservazione di morte encefalica vengono attentamente valutati dai medici prima di proporre la donazione e prima che vengano convocati i potenziali riceventi iscritti nelle liste d'attesa regionali. Per esprimere la volontà di donare è sufficiente compilare un modulo disponibile negli Uffici Relazioni con il Pubblico dell'Ausl di Parma e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, oppure iscrivendosi all'Aido. È sempre importante informare i propri familiari riguardo alla scelta poichè, in caso di mancata dichiarazione di volontà, i medici procedono al prelievo di organi solo se i familiari non si oppongono. La propria dichiarazione di volontà può essere modificata in qualunque momento.



SARDEGNA

Studio per cura cancro mammella

Uno studio scientifico spontaneo che, a livello nazionale e nell'arco di quattro anni, coinvolgerà diecimila donne italiane in post menopausa operate al seno e che presentano un rischio di ricaduta. Lo studio clinico, che coinvolgerà in Italia oltre 60 centri, a Sassari vedrà impegnata la Asl 1 con l'Unità operativa di Oncologia medica del Presidio ospedaliero, diretta dal dottor Antonio Contu, e per l'Università di Sassari la cattedra di Oncologia Medica, diretta dal professor Antonio Farris. Promotore dello studio è il Dipartimento di Endocrinologia e Oncologia molecolare e clinica dell'Università di Napoli “Federico II”.



LOMBARDIA

Sanità: negata donazione sangue a gay

Fa discutere la vicenda di un cittadino milanese gay che, sulla pagine locali di un quotidiano pubblicato oggi, ha scritto una lettera per accusare il Policlinico di Milano di non accettare la sua donazione di sangue a causa proprio della sua omosessualità. Il caso arriva proprio nel pieno della campagna annuale che il Policlinico ha lanciato per far fronte alla carenza di donazioni di sangue. “L'orientamento sessuale non è a priori un motivo di esclusione dalla donazione di sangue” è la replica del Policlinico di Milano alla lettera sulla stampa del ragazzo che ha 28 anni. “Secondo gli standard internazionali le donne omosessuali possono donare il sangue - ha detto Maurizio Marconi, direttore del centro trasfusionale del Policlinico - Ma i dati epidemiologici tuttora mostrano che il rapporto omosessuale maschile è un comportamento a rischio, e pertanto la nostra struttura, rispettando le indicazioni della Commissione Europea e della Legge Italiana, che impongono l'esclusione dalla donazione dei soggetti con comportamenti sessuali a rischio, non ammette la donazione di soggetti maschi che abbiano rapporti omosessuali, indipendentemente dal numero di partner”. “Non ho comportamenti a rischio per le malattie a trasmissione sessuale - aveva scritto il giovane nella lettera - ma sono gay e non mi hanno permesso di donare il sangue”. Inoltre, prosegue, la dottoressa che gli ha vietato la donazione “mi ha risposto che il Policlinico non è così alla frutta da dover accettare sangue anche dai gay”.



Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

Il Procuratore

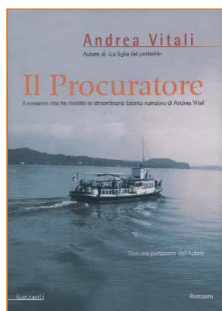
Ispirandosi ai racconti che suo padre, normalmente severo e di poche parole, raccontava in famiglia quando si lasciava andare sull'onda dei ricordi, Andrea Vitali riscrive, rielaborandola con perizia, la storia di una proprietà contesa sul lago di Como e la vita di un giovane irrequieto che finisce per diventare procuratore di donnine allegre a bordelli ed alberghi di diverse città del nord. I fatti sono raccontati in forma scorrevole e con una tecnica originale, notevole per le indovinate ambientazioni, piena di vicende piccanti, colpi di scena e suspense da romanzo giallo.

La storia, ambientata negli anni compresi fra i due conflitti mondiali mostra come le guerre cambino la vita degli uomini e li costringano a mutare anche i loro atteggiamenti mentali. Questo libro, ripubblicato nel 2006, vinse nel 1990 il premio Montblanc per il romanzo giovane.

Andrea Vitali

"Il Procuratore"

Garzanti, Milano - pp. 152, € 13,50



Farmacoeconomia. Principi di base

Mario Eandi, Lorenzo Pradelli e Orietta Zaniolo spiegano con questo lavoro perché, in una condizione di risorse non sufficienti a soddisfare, in campo sanitario, i molti bisogni della popolazione, la farmacoeconomia diventi indispensabile per chi ha la responsabilità e il potere di decidere come utilizzare gli scarsi mezzi a sua disposizione ed è chiamato a ripartirli nel miglior modo possibile.

La disciplina interviene per fronteggiare questo tipo di problemi, fornisce i criteri per valutare quali siano le terapie maggiormente efficaci in relazione al loro costo tra le diverse alternative disponibili, permette di valutare il valore terapeutico dei singoli farmaci riconducendoli entro i parametri oggettivi dell'efficacia e della tollerabilità e spiega come definire il grado di utilità dei trattamenti tenendo conto del livello di gradimento soggettivo.

M. Eandi, L. Pradelli, O. Zaniolo

"Farmacoeconomia"

SEEd srl, Torino - pp. 121, € 15,00



Nutrizione corretta in gravidanza, allattamento e svezzamento

Marcello Mandatori e Beatrice Savioli hanno predisposto per le gestanti e le neomamme questo semplice e chiaro manuale che fornirà loro una serie di informazioni da seguire nelle diverse fasi della gestazione e dello sviluppo del bambino. La prima parte del libro tratta dell'alimentazione, delle diete e del controllo delle intolleranze affinché la donna possa giungere alla gravidanza nelle migliori condizioni fisiche. Vengono poi indicati i regimi dietetici e le necessarie indagini cliniche da farsi nei diversi periodi, dalla gravidanza allo svezzamento. Altri argomenti importanti trattati nel manuale sono le allergie, gli alimenti che favoriscono la secrezione del latte, i rimedi naturali da utilizzare e come gestire i primi disturbi del neonato.

M. Mandatori, B. Savioli

"Nutrizione corretta in gravidanza, allattamento e svezzamento"

Tecniche Nuove, Milano - pp. 176, € 14,90



Alessandro Codivilla "...negli aperti cieli dell'Ortopedia"

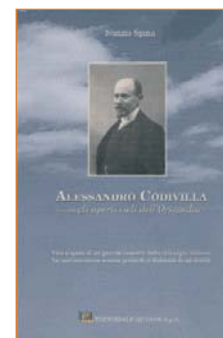
La biografia scritta da Nunzio Spina fa conoscere la personalità di uno dei fondatori della moderna traumatologia il quale, lasciata la Chirurgia generale, nel cui campo aveva già dato prova di perizia organizzativa e operatoria, una volta passato all'Istituto Rizzoli di Bologna, si dedicò completamente all'Ortopedia. A questa branca della medicina, che ai suoi tempi mancava ancora di una identità, egli diede subito un notevole impulso percorrendo nuove vie, adottando nuove procedure di intervento e perfezionando o inventando le apparecchiature necessarie. Molti di questi strumenti portano ora il suo nome, ma fu la sua trazione diretta sullo scheletro con il chiodo che rivoluzionò realmente l'ortopedia e "strappandola ai cinti e agli apparecchi", come disse Francesco Delitala, "la portò in sala operatoria".

Nunzio Spina

"Alessandro Codivilla"

"...negli aperti cieli dell'Ortopedia"

Editoriale Quasar S.p.A. Milano - pp. 252



Pànta kakà

Un ironico, leggero, divertente esercizio letterario di Michele Libutti che, con il suo solito spirito umoristico, racconta una sua fantasiosa visita nella Grecia classica.

In compagnia del suo amico Orlando, egli compie questo viaggio, organizzato e guidato, con un'attenzione a volte invadente, da Afrodite, dea della bellezza e dell'amore.

Le avventure narrate e i personaggi incontrati, sia storici che mitologici, sono svincolati da ogni riferimento spazio temporale e ai nostri eroi viene così offerta la possibilità di parlare con Zeus, la Pizia Delfica, Socrate, Elena, Polifemo, Fidia e di partecipare ad una Olimpiade e alla guerra di Troia mantenendo le comodità che ci offre oggi la moderna tecnologia.

Nel vortice degli avvenimenti i due hanno modo di ascoltare anche il parere degli antichi su questioni dibattute dagli uomini di oggi, quali la famiglia, la felicità, la droga, la distruzione della natura.



Michele Libutti
"Pànta kakà"

pubblicato in proprio - pp. 244

Pensieri aforismatici di un metodologo clinico

L'insegnamento della Metodologia Clinica e i lunghi anni di attività nel campo di ricerca nella Cronobiologia Medica hanno influito profondamente sul modo di pensare di Pietro Cugini che assegna alle sue riflessioni una impostazione apparentemente sussiegosa. Leggendo le sue massime riportate in ordine alfabetico, si scopre però che egli formula il suo pensiero con una logica, sì, serrata, frutto di intuizione, deduzione, conoscenze scientifiche e filosofiche, ma senza dimenticare il buon senso popolare, il motto di spirito, il gioco di parole, spingendosi fino ad usare il colmo e la freddezza.

Il libro offre così una lettura che invita a meditare su molte questioni riguardanti l'uomo, la vita, la medicina, la scienza, la filosofia, fornendo stimoli di seria riflessione intervallati, qua e là, da osservazioni più lievi e spiritose.



Pietro Cugini
"Pensieri aforismatici di un metodologo clinico"

Società Editrice Universo, Roma - pp. 228.

In breve

Giorgio Brugaletta **DALLE PIETRE ANTICHE**

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

www.ilfiloonline.it

pp. 48, € 12,00

Diego Ponzin, Mauro Toniolo **COSE CHE NON ACCADONO MAI**

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

www.cleup.it

pp. 187

Luigi De Simone **OLTRE LE NUVOLE**

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

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

Alfredo Guida Editore, Napoli

pp. 169, € 10,50

Silvia Maina, Rossella Iannone **PUBBLICAZIONI MEDICHE GUIDA ALLA SCRITTURA**

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

SEEd, Torino

pp. 121, € 15,00

Incidenti stradali in tragico aumento

Se ne è discusso nel corso di un convegno all'Enpam promosso dal centro collaboratore dell'Oms per la medicina del turismo. Che cosa si può fare e quali provvedimenti prendere



di Walter Pasini (*)

Gli incidenti stradali rappresentano una delle principali cause di morti e disabilità. Ogni anno si registrano nel mondo 1,2 milioni di morti e 50 milioni di feriti.

Le proiezioni indicano che questi numeri aumenteranno del 65% nei prossimi venti anni in mancanza di una politica mondiale volta alla prevenzione.

La mortalità maggiore per incidenti stradali è a carico dei Paesi in via di sviluppo, dove la regolamentazione stradale è insufficiente o male applicata e vi è la simultanea presenza

sulla strada di differenti tipi di veicoli (a due ed a quattro ruote, camion, autobus pubblici, mezzi di trasporto a trazione animale e pedoni).

L'Organizzazione mondiale della sanità ha da tempo raccomandato agli Stati membri di dare più importanza agli aspetti sanitari degli incidenti stradali. Sul piano della conoscenza del fenomeno a livello nazionale e a livello locale, gli incidenti stradali dovrebbero essere analizzati alla stregua di un'epidemia attraverso un meticoloso censimento degli stessi: dove avvengono, perché, chi è coinvolto, l'incidenza dei diversi fattori di rischio

(velocità, comportamento del guidatore, visibilità, caratteristiche delle strade, segnaletica stradale, ecc.). Uno degli aspetti più drammatici ed angoscianti dell'"epidemia" di incidenti stradali è quello che priva la società del suo futuro essendo gli adolescenti ed i giovani i gruppi più vulnerabili.

I bambini ed i giovani al di sotto dei 25 anni contribuiscono per oltre il 30% di coloro che sono uccisi e feriti. In assoluto, nei giovani tra i 15 ed i 19 anni gli incidenti stradali sono la prima causa di morte a livello mondiale e la seconda nelle fasce di età 10-14 e 20-24.

Per analizzare questo drammatico problema il Centro collaboratore Oms per la medicina del turismo ha organizzato in concomitanza con il grande esodo estivo un Convegno il 27 di luglio scorso presso la sede dell'Enpam di Roma. In tale circostanza l'on. Carlo Giovanardi, cui va il merito di aver dedicato grandi energie per combattere le stragi del sabato sera, ha ricordato come le discoteche rimangano un luogo a forte rischio. Secondo dati dell'Iss, infatti, il 74% dei giovani e nello specifico il 67% dei 13-15enni beve il sabato sera. Di questi, il 20% si ubriaca nel fine settimana. Sempre più diffuso nei giovanissimi il fenomeno del bere per ubriacarsi, assumendo sei o più bicchieri in un'unica occasione. Alcol dunque vissuto come droga, per ricercare lo "sballo". Alcol e droga come cocktail che porta quasi inevitabilmente all'incidente. Secondo l'on. Giovanardi è anche la privazione del sonno un'altra importante causa di morte lungo le strade ed è per questo sacrosanto motivo che egli si fece promotore di un disegno di legge che imponesse alle discoteche la chiusura anticipata, disegno di legge bocciato dall'Aula per il noto intreccio lobbistico di interessi che sostiene il mondo dei discotecari.

Sul rapporto alcol ed incidenti stradali è stata incentrata la relazione del prof. Emanuele Scafato, dell'Isti-

tuto superiore di Sanità, Direttore del centro collaboratore Oms per la ricerca su alcol e problematiche alcol-correlate. I decessi per incidente stradale rappresentano anche in Europa la causa di morte più frequente nei giovani. Le statistiche evidenziano che i giovani di età compresa tra i 18 e i 24 anni sono quelli a rischio maggiore. In questa fascia di età, il 35-45% dei decessi è dovuto ad incidenti sulla strada. Per quanto riguarda l'Italia, nel 2004, il 30-40% dei 224.000 incidenti stradali, che hanno causato 6000 morti e 316.000 feriti, era alcol-correlato. Il prof. Scafato ha ricordato come in Italia lo stile mediterraneo del bere in misura moderata durante i pasti si vada perdendo specie nei giovani e rimanga invece nelle donne e negli over 65 ed ha formulato proposte per il legislatore tra cui riconsiderare i livelli attuali di alcolemia consentita alla guida, valutare l'opportunità di introdurre l'obbligo di tasso alcolemico zero nei giovani fino a 20 anni, incrementare l'età minima legale per la somministrazione delle bevande alcoliche, introdurre il divieto di vendita e non solo di somministrazione di alcol per i giovani, favorire le iniziative volte all'autocontrollo dell'alcolemia prima di porsi alla guida ed altre come quella del pilota designato al ritorno da incontri in luoghi di ritrovo serali e notturni.

Il dott. Marco Giustini, anch'egli dell'Iss, Dipartimento ambiente e traumi, ha illustrato il peso relativo dei vari fattori di rischio e l'efficacia delle singole misure di prevenzione e repressione adottate soffermandosi sulla necessità di campagne di sensibilizzazione che incrementino la consapevolezza nella popolazione del rischio connesso all'alcol alla guida, coinvolgendo l'ambito scolastico in stretta connessione con quello familiare.

Il prof. Alessandro Meluzzi, della Comunità Agape di Albugnano, ha sottolineato la necessità di una politica giovanile che attualmente manca in Italia nonostante l'esistenza di un apposito Ministero che se ne dovrebbe occupare. L'imperizia nella guida, l'inesperienza, la ricerca del rischio per provare emozioni, l'influenza del gruppo sui comportamenti a rischio, concorrono

tutti nel rendere la giovane età un fattore di rischio. I giovani al di sotto dei trent'anni hanno infatti tre volte il rischio di un incidente mortale rispetto alle persone con età maggiore di trenta ed i maschi hanno tre volte il rischio di incidenti rispetto alla femmine.

Si è discusso inoltre dei bambini, anch'essi soggetti a rischio per una serie di fattori che li rendono molto suscettibili all'incidente stradale sia come pedoni sia come passeggeri di motociclette ed autovetture. Il bambino può facilmente non esser visto dagli altri utenti della strada per le sue ridotte dimensioni; ha una percezione visiva meno sviluppata di profondità e così ha difficoltà nel giudicare la distanza tra lui ed altri oggetti, specie se sono in movimento veloce.

Il bambino ha difficoltà anche nel discernere da quale direzione proviene

un suono e quindi da quale direzione sbucherà un veicolo. Altre carenze si verificano a livello dell'attenzione. La fragilità della struttura ossea e cartilaginea, l'imaturità della coordinazione dei movimenti, l'ignoranza della segnaletica stradale sono altri fattori di rischio che si sommano a quelli sopraelencati.

In conclusione il Convegno ha ribadito la necessità di considerare il problema degli incidenti stradali con le sue cause ed i suoi effetti, inclusi gli ingenti costi relativi al trattamento riabilitativo cronico, come un grande problema di sanità pubblica per il quale è necessario coinvolgere i medici di sanità pubblica ed i medici di medicina generale.

Il ministero della Salute, specie attraverso il Centro di controllo delle malattie, e le Regioni dovrebbero monitorare meglio il fenomeno sul piano epidemiologico fornendo alle autorità competenti i dati fondamentali per assumere decisioni motivate dalla forza dei numeri.

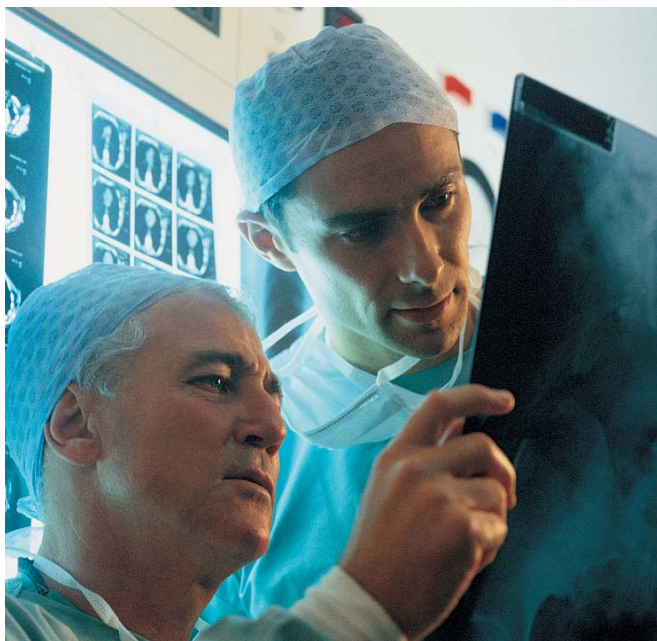
Tra le misure che il Governo dovrebbe attuare sono state indicate l'istituzione eventuale di un ministero apposito o la creazione di un Commissario ad acta presso la presidenza del Consiglio che abbia funzioni di coordinamento tra le varie competenze oggi frammentate. •

(*) *Direttore Centro Oms Medicina del turismo*



Il "coltello cibernetico" frontiera anti tumori

E'entrato in funzione al policlinico univesitario di Messina. Si chiama "Cyberknife" e rappresenta uno degli ultimi progressi nel settore della radiochirurgia



di Enzo Gallo

Il nome è inglese, "Cyberknife", ovvero coltello cibernetico e rappresenta una delle ultime innovazioni tecnologiche nel settore della radiochirurgia. Un robot capace di raggiungere tutte le parti del corpo affette da tumori, benigni e maligni, e da malformazioni vascolari. Dopo le ultime prove tecniche la macchina è entrata in funzione al Policlinico universitario di Messina. L'azienda ospedaliera messinese diventa così il terzo centro in Italia, dopo il

"San Bartolo" a Vicenza e il "Centro diagnostico italiano" di Milano, ad ospitare il piccolo robot intelligente.

Il Cyberknife è l'ultima frontiera tecnologica in materia di trattamenti radio per le metastasi a livello cranico ed extracranico: non solo, quindi, tumori cerebrali, ma anche polmonari e ossei, oltre a una serie di malformazioni artero-vascolari. «Questo apparecchio – dichiara Costantino De Renzis, direttore dell'unità operativa di Radioterapia del Policlinico di Messina – assicura una precisione millimetri-

ca durante le sedute di radio evitando così di intaccare i tessuti sani che confinano con le cellule tumorali, obiettivo che è difficile raggiungere con le attuali tecniche. E poi – continua il professore De Renzis – rappresenta un ulteriore aiuto per ogni chirurgo che è chiamato a operare su coloro che presentano situazioni cliniche abbastanza rischiose».

Diversi i vantaggi per i pazienti. Accanto alla possibilità di preservare i tessuti sani dalle radiazioni, quella di sottoporsi al trattamento anche in via ambulatoriale e di ridurre i tempi necessari, dal momento che il "coltello cibernetico" garantisce una migliore erogazione delle dosi sull'area da curare previste a ogni seduta.

La macchina è costituita da sei bracci robotici e da un sistema di guida che,

mediante le immagini, riesce a verificare continuamente la posizione del paziente e della parte da sottoporre ai trattamenti di radioterapia: il robot, infatti, rintraccia qualsiasi tipo di spostamento del soggetto, rilasciando comunque la dose opportuna.

«Con la tecnologia di guida basata sulle immagini – dice Lucia Graziosi, tecnico della società che ha venduto all'azienda ospedaliera il Cyberknife – la macchina riesce a seguire la posizione del paziente, e dunque della lesione, durante l'intero trattamento. Le immagini radiografiche così acquisite – sottolinea la responsabile – vengono poi confrontate con quelle della Tac per ottenere, in maniera ancora più precisa, l'esatta posizione della parte del corpo affetta da patologia».

I risultati raggiunti in tutto il mondo, grazie all'utilizzo di questo nuovo sistema sono ottimi: dagli Usa fino al Giappone, passando per il Vecchio Continente, dove si contano soltanto otto di questi apparecchi che valgono sul mercato quattro milioni e mezzo di euro. •

ERRATA CORRIGE

A rettifica di quanto pubblicato nell'articolo relativo alle Prestazioni Assistenziali erogate dal Fondo di Previdenza Generale – Quota "A", n. 6/2007 de "Il Giornale della Previdenza", pag. 25, si precisa quanto segue: lo stato di disagio economico è riconosciuto se il reddito complessivo imputabile al nucleo familiare del richiedente, per l'anno 2007, non è superiore ad € 34.018,32 anziché ad € 11.339,76 come pubblicato.

Ne consegue che l'aumento di 1/6 di tale reddito per ogni componente il nucleo familiare, escluso il richiedente, è di € 5669,82 e non € 1889,96.

"Pronto, chi parla?"

Pronto soccorso oncologico!

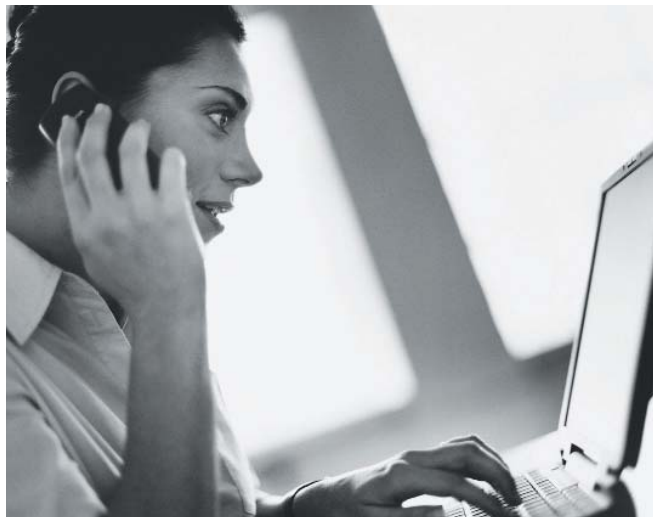
Dalla costituzione ad oggi l'associazione Linfa ha raccolto più di mille richieste di intervento. Le nuove sedi di Roma e Salerno

Il Pronto soccorso oncologico (PSO) è una realtà che ha preso vita grazie alla volontà dell'Associazione Linfa contro il cancro-Onlus che ha sede a Vicenza, ma offre sostegno a tutti gli utenti del territorio nazionale.

Dal lunedì al sabato, in orario d'ufficio, i volontari, oltre ad assolvere i compiti di prenotazione, sono a disposizione per accogliere il bisogno di chi chiama allarmato perché sospetta d'avere una lesione cancerosa.

I volontari segnalano in tempi brevissimi (24-48 ore) il caso allo specialista più idoneo e successivamente il medico contatta il paziente o per concordare una prima visita (gratuita), oppure per rassicurarlo o indicargli il percorso più idoneo da intraprendere. La tempistica è certamente a favore del paziente perché impedisce allo stesso di crearsi ansie inutili, attese snervanti, liste d'attesa lunghissime perdendo, magari, tempo prezioso nel caso ci fosse bisogno di un intervento chirurgico.

Una particolarità molto importante è che lo specialista accompagna il paziente in tutto il percorso dia-



gnostico, terapeutico, riabilitativo e di follow-up divenendo un punto di sostegno per il paziente che deve intraprendere il cammino della malattia.

Il dott. Luca Rotunno, presidente della Linfa ed ideatore di questa iniziativa unica nel suo genere, in quanto sostenuta da una Associazione di volontariato, ricorda che il PSO ricopre le seguenti branche: urologia, ginecologia, senologia, dermatologia, chirurgia generale, patologia del cavo orale, chirurgia plastica, neurochirurgia, malattie dell'apparato respiratorio e patologie intestinali oltre alla disponibilità di due psicologhe ed uno specialista in omeopatia, medicina al-

ternativa e problemi alimentari.

Qualora l'Associazione non fosse aperta, è sempre in funzione una segreteria telefonica nella quale si può lasciare nominativo e recapito telefonico e si sarà poi ricontattati in poco tempo, e questo è valido soprattutto nel periodo estivo, nel quale negli ospedali è maggiormente difficoltoso il reperimento dello specialista. È bene ricordare che, grazie al Pronto Soccorso Oncologico attivo dal maggio 2003, sono state assolate oltre 1323 richieste, e sono stati riscontrati 126 casi di tumori (i più frequenti quelli senologici, dermatologici, prostatici, del cavo orale, ginecologici).

Tra le regioni, i cui utenti

**Tra coloro
che hanno
chiesto aiuto
il 77% sono donne
ed il 23% uomini**

hanno contattato il PSO, al 1° posto c'è il Veneto, seguito dal Lazio, Lombardia, Toscana, Campania, Sicilia, Puglia, Sardegna, Piemonte e tutte le altre.

Un dato importante è che fra le persone che hanno chiesto aiuto attraverso il PSO, il 77% erano donne e il 23% uomini e che il 62% erano over 40 ed il restante 38% sotto i 40 anni. Anche nel caso di falso allarme l'utente rimane soddisfatto perché risolve le proprie ansie in tempi rapidi.

Considerate le molte richieste di consulenza che giungono dal Centro/Sud d'Italia e per evitare la migrazione dell'utenza verso il Nord, dallo scorso mese di marzo è attivo il Pronto soccorso oncologico pediatrico a Salerno e il Pronto soccorso oncologico a Roma. •

INFORMAZIONI

Il numero telefonico della LINFA è:

tel. 0444 235321

fax 0444 528960, e-mail

luca.rotunno@virgilio.it.

Il numero verde del Pronto Soccorso Oncologico è 800 713270.

La LINFA è presente al sito www.linfaonline.it

Una Cina "proibita" si prepara ai Giochi

La burocrazia centralizza e invade ogni tipo di rapporto turistico. La lingua inglese è per i più sconosciuta. Le carte di credito internazionali sono accettate solo a Pechino e Shanghai. Ma milioni di cinesi stanno mobilitandosi per cambiare volto alla loro nazione

di Mauro Subrizi

Ai lati dei lunghi viali di Shanghai e Pechino ogni giorno vengono piantati centinaia di alberi ornamentali. Centinaia di migliaia di operai lavorano all'ampliamento delle infrastrutture interessate ai Giochi olimpici del prossimo anno. In tutto il Paese – dalla capitale al più piccolo villaggio – sorgono come funghi alberghi per attrezzarsi per quello che sarà per la Cina l'evento decisivo per la sua consacrazione internazionale. E così anche le periferie vengono ripulite e si assiste ad un nuovo ordine basato sull'efficienza organizzativa e sul controllo del territorio.

La Cina che si prepara alle Olimpiadi 2008 sta promuovendo un enorme sforzo organizzativo incentrato sul rinnovamento urbanistico, ma è poco attenta a quello culturale ed ambientale.

La burocrazia centralizza ed invade ogni tipo di rapporto turistico rendendo a volte problematica la possibilità stessa di viaggiare



Shanghai notturna

nel Paese. La popolazione, nella sua generalità non esprime un profondo affetto per gli stranieri e manifesta questo sentimento con una certa ruvidezza e con scarsa disponibilità. I livelli igienici non sono accettabili dappertutto, e le campagne di educazione civica organizzate dalle istituzioni contro certi comportamenti poco piacevoli dei cinesi hanno dato sino ad oggi scarsi risultati. La lingua inglese è sconosciuta o poco praticata anche nelle grandi strutture alberghiere, e salire su un taxi può

essere l'inizio di una avventura che si risolve spesso con il trovarsi nella parte opposta della città rispetto al luogo che si sarebbe voluto raggiungere. Le carte di credito internazionali sono accettate solo a Pechino e Shanghai e nei grandi alberghi. Inoltre non scordiamo che le città cinesi sono le più inquinate al mondo e sembra che ciò non preoccupi per nulla le autorità di Pechino.

Tutto questo non deve essere considerato ostacolo per il viaggiatore che voglia visitare un Paese in

grado di offrire luoghi, scenari e monumenti unici al mondo, capaci di suscitare ammirazione e fortissime emozioni. La consapevolezza dei problemi che dovrà affrontare lo porterà ad apprezzare fino in fondo un'esperienza irripetibile.

Shanghai

La città più grande della Cina si è risvegliata. Shanghai è l'emblema delle enormi disparità della Cina moderna: su uno sfondo di monumentali edifici che puntano verso il cielo e sfavillanti grandi magazzini che spalancano le porte ai nuovi ricchi si stagliano le figure di bambini che chiedono l'elemosina, prostitute e poveri. Questa metropoli avanza a passi rapidi e sicuri ed è sempre più difficile seguirne gli sviluppi. E' senza alcun dubbio la città che meglio incarna il mutamento in atto nella Cina moderna.

Iniziate la visita della città dal **Bund**. Il Bund è il simbolo di Shanghai. Gli europei consideravano questa strada di commerci febbrili alla stregua di una Wall Street orientale. Un flusso costante di turisti cinesi e stranieri anima i portici dei grandiosi edifici del Bund e scorre tra i signorili palazzi le cui linee architettoniche neoclassiche, nello stile della New York anni '30, si accostano in modo originale ai tratti monumentali degli edifici più antichi. Particolarmente suggestivo di notte, il Bund con i



Tempio del Buddha di Giada - Shanghai

suoi dintorni è ricco di attrattive turistiche.

Il cuore della ex **Concessione francese** coincide con i dintorni Huaihai Lu e del Jinjang Hotel. Fiancheggiata per tutta la sua lunghezza da grandi magazzini e negozi. Le vie laterali celano alcuni edifici più interessanti ed antichi della città: vi si trovano vecchi complessi di appartamenti art déco, palazzi neoclassici, ville con bizzarri portali e altri capolavori architettonici.

Il **Giardino del mandarino Yu** è situato all'estremità nord-orientale della Città vecchia ed è uno dei luoghi più affascinanti di Shanghai. Creato per volere dei Pan, una ricca famiglia di funzionari della dinastia Ming, il giardino richiese 18 anni di lavoro (1559-1577). Distrutto da un bombardamento nel 1842, durante la Guerra dell'Oppio, fu in seguito risistemato e oggi rappresenta uno splendido esempio dell'arte dei giardini di epoca Ming.

Il Tempio del Buddha di giada è uno dei pochi templi buddhisti della città adibiti al culto. Costruito fra il 1911 ed il 1918 ha il suo fulcro nella statua del Buddha di giada bianca, tempestate di pietre preziose e alta 2 metri, attorno alla quale fu eretto.

Pechino

Capitale della nazione più popolosa del pianeta e prima città di un Paese che ha attirato su di sé l'atten-

zione del mondo intero, Pechino si è imposta sulla scena globale come cuore pulsante di un Paese che genera un PIL stupefacente. La città ha delegato a Shanghai e a Shenzhen il compito di produrre denaro, ma mantiene per sé un'indiscussa supremazia sul piano politico fin dal XIII secolo, epoca in cui divenne per la prima volta capitale del Regno di Mezzo. A Pechino e nei suoi dintorni si possono ammirare alcuni dei luoghi più straordinari della Cina: La Città Proibita, Il Palazzo d'Estate, Il Parco del Tempio del Cielo e La Grande Muraglia, per citarne solo alcuni.

Piazza Tiananmen è la piazza più grande del mondo. E' uno sterminato deserto lastricato nel cuore di Pechino e un simbolico epitaffio che ricorda lo sventurato movimento democratico della Cina nel 1989.

La piazza offre uno scenario straordinario specialmente nelle giornate in cui il cielo è limpido: gli aquiloni volteggiano nell'aria mentre i turisti cinesi si mettono in posa per la foto di rito davanti al ritratto del "grande timoniere". Sebbene sia uno spazio pubblico, la piazza appartiene più al governo che alla gente: è sorvegliata mediante telecamere a circuito chiuso ed i poliziotti in borghese hanno l'ordine di soffocare il minimo tentativo di dissenso. La **Città Proibita**, così chiamata perché l'accesso fu severamente proibito ai cittadini comuni, è il complesso monumentale e museale più importante e meglio conservato della Cina e da sola vale il viaggio che si è intrapreso. Fu la residenza di due dinastie di imperatori, i Ming e i Qing, che si allontanavano da questa dimora solo in caso di estrema necessità.

Dedicare una intera giornata alla Città Proibita. I palazzi ed i padiglioni cerimoniali sono disposti lungo un asse nord-sud che parte dalla Porta della Pace Celeste a sud e arriva alla Porta del Genio Militare. Dal 1987 fa parte dell'elenco dei patrimoni culturali dell'UNESCO. Ultima annotazione: nei dintorni di Pechino troviamo **La Grande Muraglia** che si estende dalla provincia di Liaoning fino a Jiayuguan, nel deserto del Gobi. •



Preparazione del tè

LORENZO GIGOTTI. POETICA E LIBERTÀ DEL SEGNO

AREZZO

fino al 14 ottobre 2007
L'esposizione dedicata a Lorenzo Gigotti, tra gli esponenti più interessanti della pittura romana del XX secolo, ripercorrerà le principali tappe artistiche dell'autore.

Galleria comunale di arte contemporanea
telefono: 057 5299255

IL GIARDINO ANTICO DA BABILONIA A ROMA. SCIENZA, ARTE E NATURA

FIRENZE

fino al 28 ottobre 2007
Esposti oltre centocinquanta reperti provenienti dagli scavi di Pompei ed Ercolano, dai Musei Capitolini, dal Museo Archeologico Nazionale di Napoli, dagli Uffizi, dai Musei Vaticani e da altre prestigiose istituzioni italiane e straniere.

Giardino di Boboli
telefono: 055 2298732

MIRAVIGLIOSAMENTE MIRÒ

GRADARA (PS)

fino al 4 novembre 2007
Prestigiosa esposizione con una selezione di oltre cento opere tra litografie, acqueforti ed acquetinte.

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

FERRANTE GONZAGA, PRINCIPE

DEL RINASCIMENTO GUASTALLA (RE)

dal 22 settembre
al 9 dicembre 2007

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

Straordinaria esposizione che raccoglie materiali storici artistici per la prima volta riuniti
Palazzo Ducale
www.comune.guastalla.re.it

ARTE ITALIANA 1968-2007 PITTURA MILANO

fino all'11 novembre 2007
La mostra, ideata da Vittorio Sgarbi, si propone un'appassionata e alternativa ricostruzione della pit-

tura in Italia negli ultimi quarant'anni dal 1968 ad oggi.

Palazzo Reale
telefono: 02 80509362

ANTONELLO DA MESSINA MILANO

dal 3 ottobre al 25 novembre 2007

Il capolavoro del Quattrocento italiano "L'Annunciata" di Antonello da Messina viene esposto per la

prima volta a Milano.
Museo diocesano
telefono: 02 89420019

GLI ORI DEI CAVALIERI DELLE STEPPE

TRENTO

fino al 4 novembre 2007
Esposti meravigliosi manufatti in oro e argento, risalenti ad oltre duemila anni fa ed appartenuti ai cavalieri dominatori delle steppe dal primo millennio avanti Cristo al dodicesimo secolo dopo Cristo.

Castello del Buonconsiglio
telefono: 0461 492803

ORI E ARGENTI. CAPOLAVORI DEL SETTECENTO DA ARRIGHI A VALADIER URBINO (PS)

fino al 14 ottobre 2007
La mostra presenta argenti sacri e profani provenienti da celebri botteghe di argentieri romani, emblematici dell'alto livello qualitativo raggiunto dall'arte orafa romana nel Settecento.

Palazzo Ducale
telefono: 0722 309221

ROSALBA CARRIERA. PRIMA PITTRICE DELL'EUROPA VENEZIA

fino al 28 ottobre 2007
In occasione dei 250 anni dalla morte dell'artista, questa mostra intende ricordare una delle più importanti pittrici europee del Settecento.

Galleria di Palazzo Cini
telefono: 041 5210755



Ernst Ludwig Kirchner, "Due donne sulla strada" (1914),
Olio su tela, Kunstsammlung Nordrhein-Westfalen, Dusseldorf

di Serena Bianchini

Eliminati gli uffici di vari Enti che ne occupavano un'ala che non poteva essere così valorizzata, ora in quelle stupende sale risplenderanno di nuovo le opere dei grandi artisti. Qui, tanto per citare qualche nome illustre, vi lavorarono Maderno, Bernini, Borromini, Pietro da Cortona. La Sovrintendenza dei Beni architettonici proseguendo nei lavori di ristrutturazione, ha già messo in luce tesori finora nascosti. La messa a punto di due ampie sale ha permesso di aprire un piccolo "museo" con le opere di Caravaggio, *Giuditta e Oloferne* e il *Narciso alla Fonte* e del Guercino, insieme ai pittori emiliani che si trovavano nei depositi. È visibile anche un affresco di Guido Reni *il Putto Dormiente*, mai mostrato prima d'ora. Gian Lorenzo Bernini raccontava che Reni lo avesse dipinto in poche ore davanti al Cardinale Francesco Barberini come prova di bravura per ottenere l'incarico di un'importante decorazione ad affresco. L'opera è sostenuta da un sontuoso altare in legno dipinto nel 1603 da Annibale Carracci e mostrato ora dopo un lungo restauro. Un tenerissimo bambino con evidenti tratti veloci che giace addormentato ritorna così alla luce, nei luoghi che gli appartengono.

Grazie ai nuovi ambienti sono stati spostati quadri che erano ammassati nel grande Salone intitolato a Pietro da Cortona, che, come sot-

Fuori le scrivanie dentro i capolavori

Palazzo Barberini, nel cuore di Roma, si avvia a (ri)diventare il testimone del patrimonio artistico della capitale



Pietro Da Cortona, "Il trionfo della Divina Provvidenza" affresco della volta del salone

tolinea Anna Lo Bianco che con Angela Negro dirige il Museo, deve essere "monumento di se stesso". Entrando nel magnifico Salone, affrescato dal pittore tra il 1633 e il 1639, si rimane colpiti dalla grandiosità della volta, voluta dalla famiglia per esaltare il pontificato del loro Papa Urbano VIII, con un potente programma simbolico-allegorico che sottolineava la coraggiosa lotta alle eresie del Papa con l'enorme stemma dei Barberini con le famose api al centro della volta. Ora si può ammirare, senza essere distratti, la *Minerva che lotta con i Giganti* (grazie all'inquadrimento a prospettive multiple da la sensazione di una profondità infinita con i giganti che sembrano venire incon-

tro al visitatore). Una struttura architettonica "illusionista" in parte nascosta da putti con ghirlande e maschere inquadra, in cinque aree separate, il soffitto e le figure dipinte sembrano volare sopra lo spettatore creando quasi una doppia illusione. Tutto è in finto stucco che riprende una tradizione locale romana. Questo capolavoro non ci ricorda forse la *Camera degli Sposi* affrescata dal precursore Andrea Mantegna al Palazzo Ducale di Mantova 160 anni prima?

**Opere
inestimabili
rimaste
finora
nascoste**

Oltre alle opere "nascoste" nei depositi del museo, sono stati restituiti agli amanti del "bello" *San Matteo e l'angelo* del Guercino dal ministero degli Affari Esteri e il *San Giovanni Evangelista* dall'ambasciata Italiana a Madrid.

Il restauro è ancora lungo, finirà forse nel 2009. Ci sono più di trenta sale da riportare alla luce e all'Arte. Così tutto tornerà al suo assetto originale, sia gli interni sia gli esterni, gli stili pittorici saranno meglio suddivisi e si percorrerà la "Maraviglia" dei vani esterni progettati dal Bernini insieme alla scala ellittica del Borromini. •



Caravaggio: "Il Narciso", olio su tela, 1597-1599

di Ludovica Mariani

“Mio padre è un letterato, io ho cominciato a scrivere a 13 anni. Il desiderio di esprimersi attraverso le pagine di un libro è genetico”.

Così Adriana Albini alla domanda, neppure troppo strana, di come un medico oncologo sia diventata una scrittrice di romanzi. “Ho una vena malinconica e da quella nasce la mia spinta creativa. Scrivere mi compensa dell’inquietudine esistenziale che invece la scienza esaspera. La ricerca in particolare ha risposte molto tecniche, non è adatta a comprendere le domande profonde dell’anima umana. Io poi ho uno spirito molto femminile. Forse perché per le donne è più difficile fare le scienziate rispetto agli uomini, noi abbiamo una visione più intimista rispetto ai nostri colleghi”.

La scienza è davvero così avara di gioie?

“Al contrario, la fatica è tanta come le soddisfazioni, quando fai scoperte e nuovi progetti. Però i miei momenti di riflessione trovano sfogo sulla pagina scritta, poesia o racconto. Per ora ho scritto quattro romanzi, alcuni andati anche molto bene, come “Il clone in valigia” che è già alla quarta edizione”.

Medici e scienziati, ma anche avvocati e magistrati che si dedicano alla scrittura. È un modo di evadere da un mestiere troppo impegnativo?

“Sono professioni che met-

“Sono un’oncologa: scrivo libri gialli”

Adriana Albini, presidente della Società italiana di cancerologia, ha lavorato per otto anni negli Stati Uniti. Attualmente è impegnata a Milano presso l’IRCCS Multimedica

tono in contatto con l’umanità e tutte le sue problematiche. L’ispirazione alla scrittura ha le sue radici sempre nella vita umana, come me che sono in laboratorio e studio i modi per salvare vite, o l’avvocato e il magistrato che lavorano nelle aule di tribunale dove si rappresentano tante storie e spesso si decide il destino delle persone. La differenza è più tra uomini e donne, alla base il fatto che è molto più difficile per noi fare carriera, soprattutto nel campo scientifico”.

Colpa della cultura maschilista che c’è ancora in Italia?

“Sì, e che vediamo in tutti i settori. È chiaro che questo è un Paese che non esprime la personalità femminile. Abbiamo più problemi ad avere fiducia in noi stesse e la donna in carriera è vista in modo negativo, come aggressiva. Non è così. Io ad esempio sono dolce, romantica e a volte ho bisogno di una spalla su cui piangere. Ma la percezione della donna che va a riunioni e convegni medici, o che lotta per avere i finanziamenti per la ricerca non è percepita nel modo giusto”.

Animo femminile ma grin-

ta da vera combattente e un curriculum da fare invidia a chiunque. Ma non è stato facile, ammette.

“Ho lavorato otto anni in America e sono arrivata in Italia che ero già qualcuno nel mio campo e avevo acquisito una sicurezza che mi ha aiutato a combattere la battaglia per la mia carriera. Penso che se non fossi stata all’estero ma avessi cominciato come “schiava” di qualche barone italiano probabilmente non ce l’avrei fatta”.

Quanto sono autobiografici i suoi romanzi?

“Ho scritto “Le ali della fenice” un giallo che si basa sulle domande esistenziali di una ricercatrice oncologica. Poi “Come il vento sul grano”, scritto con il collega Gian Paolo Tonini, è ancora un giallo tecnologico ambientato in laboratorio. C’è di mezzo una pianta OGM e tre donne protagoniste, in ognuna delle quali ho messo un po’ di me stessa”.

In futuro come si vede, scienziata o romanziera?

È una bella domanda. Venendo a lavorare a Milano, in una struttura dinamica e giovane, ho scoperto un nuovo entusiasmo per la ricerca. Ma del mio



Adriana Albini, nata a Venezia, è responsabile della Ricerca oncologica al Polo Scientifico e Tecnologico dell’IRCCS Multimedica. In passato ha ricoperto prima la carica di responsabile del Dipartimento di oncologia traslazionale e poi di vicedirettore per la Ricerca dell’IST (Istituto nazionale per la ricerca sul cancro). È presidente eletto della Società italiana di cancerologia (SIC), past president della Società Internazionale per lo studio della metastasi, consigliere strategico dell’Associazione Europea Per la Ricerca sul Cancro (EACR) e rappresentante europea nel consiglio direttivo dell’associazione americana “Donne nella Ricerca sul Cancro-WICR”. Oltre a scrivere romanzi, si occupa di comunicazione scientifica ed ha collaborato regolarmente con il Secolo XIX, e con il supplemento “Salute” di Repubblica.

futuro ho un’idea forse un po’ romantica: ancora 10 anni come scienziata e poi mi prendo il tempo della meditazione e quello per scrivere un romanzo che da tempo è tra i sogni nel cassetto. Un romanzo di sentimenti un po’ intimista con lo stile di Banana Yoshimoto, con protagonista, naturalmente, una donna”. •

Frederik Willem de Klerk



15 OTTOBRE 1993

Premio Nobel per la Pace assegnato a Frederik Willem de Klerk, presidente del Sudafrica, e a Nelson Mandela.

1° OTTOBRE 1975

Con il Trattato di Osimo l'Italia rinuncia all'Istria impegnandosi, inoltre, a trovare una soluzione al contenzioso con la Jugoslavia in merito alle proprietà dei profughi italiani che nel 1954 avevano dovuto abbandonare il territorio in base all'intesa tra Italia, Jugoslavia, Gran Bretagna e Stati Uniti. Il Trattato di Osimo viene approvato in Parlamento: contrario il MSI.

26 OTTOBRE 1922

I "quadruncini" Bianchi, Balbo, Bono e De Vecchi guidano la Marcia su Roma. Il giorno seguente il governo Facta si dimette ed il 30 ottobre Mussolini ottiene l'incarico di formare il nuovo governo.

Ottobre e le sue storie...

Non negoziamo mai per paura, ma non abbiamo mai paura di negoziare.

John F. Kennedy

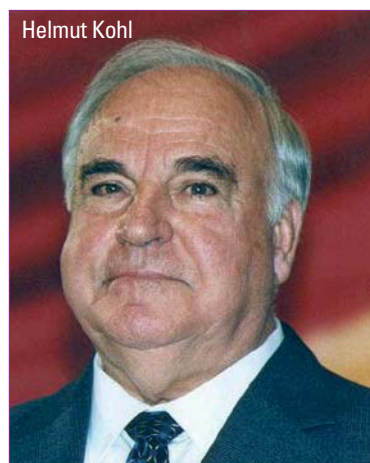
14 OTTOBRE 1962

Il mondo è con il fiato sospeso: gli Stati Uniti scoprono a Cuba l'installazione di missili sovietici. La crisi tra Usa e Urrs, che durò per 13 giorni, fece temere un'escalation nucleare.



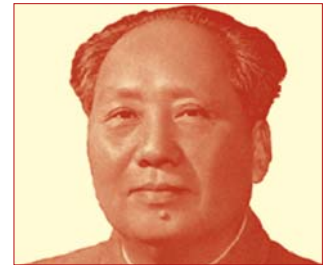
3 OTTOBRE 1990

È la riunificazione della Germania. A seguito della caduta del muro di Berlino, il cancelliere Helmut Kohl intuì la necessità di procedere alla riunificazione in tempi brevi. Così, nel luglio del '90 venne dato il via all'unione monetaria tra i due Paesi ed il 31 agosto venne firmato, da parte dei ministri dell'Interno, un trattato sull'unificazione. Il 2 dicembre dello stesso anno si tennero le prime elezioni politiche dopo la riunificazione ed il cancelliere Kohl riportò una netta vittoria con oltre il 43 per cento dei consensi per la CDU.



1° OTTOBRE 1949

Mao Tse-Tung proclama a Pechino la Repubblica popolare cinese.



Mao Tse-Tung

24 OTTOBRE 1918

Offensiva italiana sul Monte Grappa e sul Piave contro l'Austria-Ungheria: è la vittoria decisiva. Infatti, conquistando Vittorio Veneto, l'esercito penetra nel Cadore ed entra a Trento. Il 4 novembre l'impero asburgico firma l'armistizio.

7 OTTOBRE 1919

Le telecamere per il photo-finish vengono impiegate per la prima volta in Germania in una corsa di cavalli.

31 OTTOBRE 1984

Viene assassinato in India il primo ministro Indira Gandhi.



Una nuova alba per il cinema italiano

Le cifre lo dimostrano e smentiscono i detrattori: sono i film nazionali i più ricercati dal pubblico. Ma il successo non si limita alla commedia, anche il cinema “impegnato” si è ritagliato la sua fetta, come nel caso di “Mio fratello è figlio unico” o “Saturno contro”. Una rinascita che, accanto ai grandi maestri, sempre impegnati, ci sta portando a scoprire anche i giovani autori

di Maricla Tagliaferri

Non si fa in tempo a dire “signora mia non ci sono più le mezze stagioni”, che ecco tornare il marzo pazzarello dei tempi andati. È il destino dei luoghi comuni, essere contraddetti. Così, ecco ci qua, ad aver sprecato fiumi d’inchiostro a parlar male del cinema italiano, della sua morte, della sua bruttezza. Contraddetti dalle cifre, innanzitutto, e dal crescente affetto del pubblico, che dallo scorso anno dimostra che se “commediola” dev’essere, se risataccia si deve fare, è meglio che sia tricolore. Nei primi sei mesi del 2007, il momento dei bilanci e delle previsioni, il nostro cinema ha piazzato quattro titoli nella top ten degli incassi, con il vituperato (dai critici) “Natale a New York”, clamorosamente primo, a quasi quattro milioni di euro sopra la testa del rispettato “Pirati dei Caraibi”. Con “Manuale d’amore 2”, che surclassa “Spider Man 3”. Col giovanilistico “Ho voglia di te” che batte il supercartoon “Cars”. Per non parlare del replay di successo di “Notte prima degli esami oggi” e della strepitosa sorpre-



Elio Germano e Riccardo Scamarcio in “Mio fratello è figlio unico” di Daniele Luchetti

sa di “Il 7 e l’8” di Ficarra e Picone.

E parliamo solo di commedie. Perché invece, a rosciare un 34% della quota di mercato, impensabile solo lo scorso anno, hanno concorso film “seri” come “Saturno contro” e “Mio fratello è figlio unico” (unico italiano invitato al Festival di Cannes), “La cena per farli conoscere” di Pupi Avati e “Nuovomondo” di Crialese. Mentre si prepara un’altra piccola valanga azzurra per la ripresa autunnale, che, da Verdone a Rubini a Placido e a parecchi esordienti, rafforzerà gli incassi degli inevitabili cinepanettoni. Insomma che succede?

Intanto i giovani registi e sce-

neggiatori sembrano aver rinunciato a cominciare subito dal capolavoro della propria vita e si sono messi ad imparare il mestiere, prima di volare alto. Insieme a produttori con l’occhio lungo, hanno imparato la lezione degli americani: confezionare un film per il pubblico, rispolverare il “genere”, usare i nuovi divi, da Riccardo Scamarcio a Laura Chiatti, passando per Elio Germano e Donatella Finocchiaro. E i nuovi divi stessi non si sono fatti condizionare dalle etichette, ma hanno dimostrato che “bello” non fa rima con “cane”. Il che ha a poco a poco ristabilito il rapporto di fiducia col pubblico. Ma soprattutto con gli

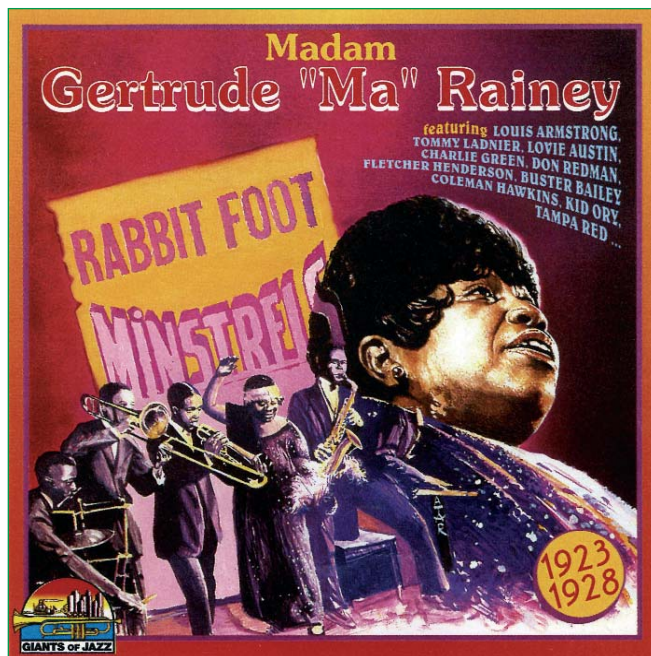
esercenti, che lasciano spazio ai nostri film più volentieri di prima. Tirare il fiato sugli incassi, inoltre, significa poter tornare a rischiare su prodotti più difficili. È così che, accanto ai grandi maestri che continuano a lavorare, spuntano nuovi autori. Dal Saverio Costanzo, che gira un film complesso come “In memoria di me” a Emanuele Crialese che con “Nuovomondo” usa dialoghi in dialetto, come già l’Ermanno Olmi di “L’albero degli zoccoli”. Per citarne solo due. Certo, non tutto è risolto. Siamo ancora indietro nel sostegno legislativo al nostro cinema, che in Francia ha risolto molti problemi, accantonando le elemosine e puntando alla creazione di un’industria. E arranchiamo nel cosiddetto marketing che tanta parte ha nel successo di mediocri film statunitensi. E non abbiamo arginato il duopolio Rai-Mediaset che spadroneggia anche nella distribuzione, soffocando le produzioni indipendenti. Certo, rimangono ancora molte perle gettate via, come gli invisibili “Il vento fa il suo giro”, sulla perdita cultura occitana, o “Apnea”, che in forma di noir raccontava il lavoro nero. Oppure come il non abbastanza visto, benché carico di premi, “L’aria salata”. O l’imperfetto ma interessante “Notturmo bus”. Ma, tanto per finire con l’unico luogo comune che non verrà mai smentito: l’importante è cominciare. •

La regina del classic blues

Gertrude Ma' Rainey, grandissima fra le bluesladies assieme a Bessie Smith e ad Ella Fitzgerald, al blues delle origini seppe aggiungere variazioni e improvvisazioni che arrivarono fino alle combinazioni di tipo jazzistico: era il classic blues, del quale la Rainey fu inventrice e regina. La vogliamo ricordare perché è stata messa un po' da parte dall'imperante free jazz e hard bop

di Piero Bottali

Piccola, brutta, rotondetta, senza collo né fianchi, denti devastati, occhi un po' in fuori ma una voce da contralto piena di passione e una personalità artistica potente: ecco il ritratto di *Madame Gertrude Pridgett* maritata Rainey, in arte Ma' Rainey. Nata a Columbus in Georgia il 26 aprile 1886 a 14 anni è già una piccola donna di spettacolo. A 18 sposa il vecchio Will Pa' Rainey, un guitto che aveva lungamente lavorato negli spettacoli di *minstrels* negri. Insieme danno vita a un duo affiatato, gli *Assassins of the Blues*, che dura qualche anno. Presto Gertrude comincia la sua carriera solista entrando a far parte dei celeberrimi *Rabbit Foot Minstrels* e anche dei loro rivali, i *Silas Green's Minstrels*. Ma Gertrude è donna irrequieta: viaggia continuamente attraverso il Sud passando da una compagnia itinerante all'altra, le quali, come si usava a quel tempo, si recavano a dar spettacolo nei paesi e nei centri abitati: un po' come il circo di oggi. In quegli anni di continuo vagabondaggio artisti-



co da una piantagione a un villaggio di minatori, da un cantiere ferroviario ad un'immensa falegnameria Gertrude incontrò Bessie Smith, ne divenne amica e la lanciò. Assieme, fino al 1915, furono protagoniste di numerose, fortunate tournées nel circuito Toba, acronimo che indicava una nota catena di piccoli teatri per artisti negri, gestita dai fratelli Barrasso, due immigrati italiani. La carriera di artista itinerante, con tutti i laceranti problemi razziali dell'epoca, fu peraltro molto istruttiva: la sveglia Gertru-

de imparò a fondo l'arte di stare sul palcoscenico, di intrattenere il pubblico - sempre assai particolare, quello dei *minstrels shows* - ma soprattutto ampliò a dismisura il suo repertorio di canzoni, balli, scenette e battute gravi e zeppe di doppi sensi, come si usava, che la fecero molto amare dai suoi spettatori. Inoltre la Rainey poté conoscere molto da vicino tutti i generi musicali del folklore afroamericano, che influenzarono enormemente il suo stile. Il periodo d'oro fu dal 1923 al 1928 durante il quale registrò mol-



Emesso nel 1994 questo francobollo fa parte di una serie creata per onorare i grandi cantanti jazz e blues americani

ti dischi, tutti di livello artisticamente alto, facendosi accompagnare da bluesmen di eccezionale bravura quale l'ancora insuperato chitarrista Arthur "Blind" Blake (un altro dimenticato), da Tommy Ladner, Louis Armstrong, Kid Ory, "Georgia" Tommy Dorsey, Tampa Red. Quando cantava, la sua voce profonda e intensa trasportava lo spettatore nel cuore delle sue storie - quasi sempre di amori disperati - così che ci si dimenticava la sua figura tozza e sgraziata. Nel 1935 si ritirò serenamente dalle scene e fino alla morte, il 22 dicembre 1939 a Columbus, fece l'impresaria teatrale diventando persino soprintendente ai teatri della Georgia. Un CD della Saar, *Giants of Jazz*, 53281 AAD raccoglie 24 fra i suoi brani migliori. •

**Comincia
la sua carriera
solista entrando
a far parte dei
celeberrimi
Rabbit Foot
Minstrels**



QUANDO ANDRÒ IN PENSIONE?

Caro presidente,
ti espongo il mio caso: ci sono alcuni punti poco chiari in merito alla mia domanda di pensionamento.

Ho 60 anni. Ho iniziato a lavorare nel 1961 come apprendista odontotecnico (senza contributi) fino al servizio militare nel 1968.

Assunto presso una struttura ospedaliera pubblica dal 1970 al 1984 (anni 13 e mesi 8) con relativi regolari contributi Enpdap.

Dal 1984 ho lavorato come coadiuvante di mia moglie odontotecnica fino al 1996 (anni 11 e mesi 9) con contributi regolari Inps riscattando anche i 15 mesi del servizio militare. Dal 1996 ad oggi sono iscritto all'Enpam in qualità di medico, maturando così 11 anni di versamenti.

Quando potrò andare in pensione?

Potrò usufruire della totalizzazione?

Avrò una pensione calcolata con il sistema contributivo o retributivo?

Certo di una tua risposta, ti ringrazio cordialmente e porgo i miei distinti saluti

Lettera firmata

Caro collega,
il Fondo di previdenza generale ("Quota A" e "Quota B"), eroga esclusivamente pensioni di vecchiaia; pertanto, per poter percepire un trattamento pensionistico dovrai attendere il compimento del 65° anno di età.

A titolo informativo, ti faccio presente che alla "Quota A", presso la quale sei iscritto dal marzo 1996, risultano ad oggi versati contributi previdenziali per un importo complessivo di € 11.636,33. Mentre, presso il Fondo della libera professione ("Quota B"), al quale sei iscritto dal 2000, risultano ad oggi da te versati contributi previdenziali per un importo complessivo di € 4.370,31

Sulla base della contribuzione maturata presso tale Fondo, ti verrebbe corrisposto a carico della "Quota A" un importo pensionistico pari a circa € 2.200,00; mentre a carico della "Quota B", ipotizzando costante la contribuzione fino al 65° anno di età, la pensione sarebbe pari a circa € 1.100,00 annui lordi.

Il criterio adottato dalla Fondazione per la determinazione dell'importo delle prestazioni, pur prendendo come base di calcolo la retribuzione, ricostruita sulla base dei contributi versati, è più conforme al metodo contributivo che a quello retributivo. Mentre, infatti, quest'ultimo è legato alle retribuzioni degli ultimi anni di attività lavorativa, garantendo prestazioni molto simili all'ultima retribuzione, il "retributi-

vo enpam" tiene conto dell'intera vita lavorativa dell'iscritto, al pari del sistema contributivo, in base al quale la pensione viene determinata sull'insieme dei contributi versati durante l'intera vita assicurativa.

In merito all'istituto della totalizzazione, invece, il decreto legislativo 2 febbraio 2006, n. 42, ha previsto in favore del lavoratore iscritto a due o più forme di assicurazione obbligatoria, che non sia già titolare di un trattamento pensionistico presso una delle predette gestioni, di cumulare gratuitamente i periodi contributivi non coincidenti, di durata non inferiore a sei anni, al fine di maturare il diritto ad un trattamento previdenziale.

La facoltà di totalizzare, può essere esercitata al compimento del 65° anno di età in presenza di un'anzianità contributiva cumulata pari ad almeno venti anni, ovvero, indipendentemente dall'età anagrafica, in presenza di un'anzianità contributiva cumulata non inferiore a quaranta anni.

Nel tuo caso, pertanto, considerati i versamenti non coincidenti presenti all'Enpdap ed all'Inps, come da te dichiarati nella tua lettera, raggiungeresti i 40 anni di contribuzione per chiedere la pensione da totalizzazione a partire dall'agosto 2009, quindi prima del compimento del 65° anno di età.

Per dare avvio al procedimento di totalizzazione è richiesta la presentazione, al raggiungimento dei suddetti requisiti, all'Ente cui il la-

voratore da ultimo risulta iscritto (nel tuo caso l'Enpam), di apposita domanda di prestazione in regime di totalizzazione.

Ai fini della misura del trattamento pensionistico, ogni Istituito, ciascuno per la parte di propria competenza, determina la misura della prestazione, pro quota, in rapporto ai rispettivi periodi di iscrizione maturati. Inoltre, qualora il lavoratore abbia raggiunto in una gestione i requisiti contributivi minimi richiesti per il diritto ad una autonoma pensione di vecchiaia, tale "pro quota" sarà determinato con il metodo di calcolo previsto dall'ordinamento della gestione medesima; in caso contrario, il sistema di calcolo per la determinazione della prestazione da totalizzazione è quello "contributivo", previsto da citato d.lgs 42/2006.

Con viva cordialità.

Eolo Parodi



DEVO SMETTERE DI FARE IL MEDICO

Caro presidente,
ti sarei oltremodo grato se potessi farmi conoscere a quanto ammonterebbe, alla fine del 2007, la mia pensione con i contributi versati sia come medico di Riparto delle Ffss (1979-1993) con riscatto di laurea sia come libero professionista (1979-2006). La richiesta è dovuta al fatto che mi trovo nella necessità di sospendere la mia attività libera professionale al termine di

quest'anno per motivi familiari e di salute. Vorrei quindi mi fosse chiarito:

se mi ritirassi dall'attività lavorativa dal primo gennaio 2008 dovrei adempiere a qualche ulteriore obbligo per non incorrere in alcuna decurtazione o in sorprese burocratiche/amministrative per la mia pensione?

Quando maturerò il diritto a riscuotere la mia pensione? Quale sarebbe l'ammontare complessivo, dovuto sia alla "Quota A e B", sia all'attività di medico delle Ferrovie dello Stato con relativo riscatto di laurea?

Nel 2009 avendo raggiunto i 30 anni dal conseguimento del diploma di laurea in medicina e chirurgia e un'anzianità contributiva complessiva di 36 anni sarà possibile per me accedere al trattamento pensionistico di anzianità? Dall'esame della posizione contributiva emerge che debba fare qualche ricongiunzione? In caso positivo quanto mi verrebbe a costare? E di quanto aumenterebbe la mia pensione totale?

Ringraziando per la cortese attenzione e certo di una tua puntuale ed esauriente risposta, ti porgo i miei più sinceri saluti

Lettera firmata

Caro collega, la contribuzione da te versata al Fondo di Previdenza generale (sia alla Quota A sia al Fondo della Libera Professione - Quota B), ti darà il diritto di godere di un trattamento previdenziale di vecchiaia al compimento del 65° anno di età, nel 2016, considerato che il Fondo in questione non eroga pensioni di anzianità.

Pertanto, ipotizzando che tu continui a contribuire regolarmente, avresti diritto ad un importo annuo lordo pari a circa € 3.300,00 a carico

della Quota A, a cui andrebbero aggiunti circa € 13.000,00 lordi annui a carico del Fondo della Libera Professione.

Invece, presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale hai contribuito dal 1980 al 1994, versando globalmente € 8.871,31 e, nel 1992, hai riscattato gli anni del corso legale di laurea.

Tenuto conto che i requisiti per accedere al pensionamento di anzianità sono: 58 anni di età anagrafica, 30 anni di anzianità di laurea e 35 anni di anzianità contributiva, tu maturerai i primi due nel 2009 ed il terzo solo nel 2010, tenendo presente, nel computo, sia il riscatto della laurea che l'eventuale anzianità maturata a quella data presso il Fondo della Libera Professione, da aggiungere - solo temporalmente e per la porzione non coincidente - a quella vigente presso la gestione in questione.

In tal caso, avresti diritto ad una pensione lorda annua pari a circa € 1.300,00; in alternativa, al 65° anno di età il trattamento di vecchiaia che ti spetterebbe sarebbe pari, annualmente, a circa € 2.000,00 lordi.

Per effetto di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. È pertanto opportuno che, prima della cessazione dell'attività, tu proceda ad una ulteriore verifica sia della sussistenza del diritto che della misura delle prestazioni presso gli uffici delegati all'erogazione delle pensioni. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione. Infine, circa la convenienza di un'eventuale ricongiunzione presso l'Enpam di contributi da te eventualmente versati ad altri enti previden-

ziali, ti invito a prendere contatto diretto con i competenti uffici della Fondazione per l'interscambio della documentazione inerente l'istituto, al fine di ottenere un dettagliato prospetto dei costi e dei relativi benefici previdenziali. Ti saluto cordialmente.

E.P.



È POSSIBILE STACCARE LA SPINA?

Caro presidente, desidererei sapere da quando esattamente potrò andare in pensione e quanto mi verrà corrisposto. Vorrei anche sapere quanto mi verrebbe corrisposto qualora decidessi di andare in pensione a sessantacinque anni. Inoltre i contributi del fondo generale quota A e quelli di libera professione quota B, come vengono conteggiati?

La mia situazione è la seguente:

- nata nel 1948;
- laureata nel 1975;
- pediatra convenzionata col Ssn;
- contributi al Fondo medici di medicina generale a partire dal 1976;
- sto riscattando i sei anni di laurea ed attualmente ho pagato 3 delle 9 rate.

In attesa di cortese risposta, porgo distinti saluti

Lettera firmata

Cara collega, le condizioni necessarie, previste dalla normativa attualmente in vigore, per ottenere la pensione di anzianità sono: 58 anni di età, il raggiungimento di un'anzianità contributiva di 35 anni ed il possesso da almeno 30 anni del diploma di laurea in medicina e chirurgia.

Nel tuo caso, il riscatto degli anni di laurea ti permette di accedere fin dalla data odier-

na alla pensione di anzianità a carico del Fondo dei Medici di Medicina generale (presso il quale sei iscritta dall'agosto 1976), in quanto hai maturato tutti i requisiti sopra citati dal settembre 2006.

Ti faccio presente che la pensione di anzianità si determina con le stesse modalità di calcolo della pensione di vecchiaia, ma l'importo della prestazione viene ridotto in base ad un'aliquota riferita all'età del pensionamento.

Pertanto, l'importo della pensione cui avresti diritto ad oggi, qualora decidessi di cessare l'attività professionale, sarebbe pari a circa € 31.000,00 annui lordi. Nel caso, invece, optassi per il trattamento misto, convertendo in indennità di capitale una quota pari, nel massimo, al 15% della pensione maturata, avresti diritto ad una pensione pari a circa € 26.000,00 annui lordi e ad una indennità di circa € 69.000,00 lordi.

Al compimento del 65° anno di età, invece, considerato sempre il riscatto, avresti diritto ad una pensione annua lorda di circa € 54.000,00 e con il trattamento misto tale importo sarebbe pari a circa € 45.000,00 con un'indennità in capitale di circa € 98.000,00. Alla stessa data, inoltre, ti verrà corrisposto anche il trattamento pensionistico a carico del Fondo Generale ("Quota A" e "Quota B"), presso il quale vengono erogate solo pensioni di vecchiaia.

Di fronte a eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. Ciò vale per tutti i casi che i colleghi mi segnalano.

Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione.

Ti saluto cordialmente.

E.P.

di Gian Piero Ventura

Sino a questo numero del giornale abbiamo raccontato la storia di alcuni francobolli di Poste Italiane.

Ora, invece, vogliamo scrivere di alcuni caratteristici e famosi bolli emessi all'interno della Penisola da altre amministrazioni: Città del Vaticano, Repubblica di San Marino e SMOM, ovvero Sovrano Militare Ordine di Malta.

Volendo iniziare con lo Stato Pontificio sappiamo che introdusse i francobolli il 1° gennaio 1852, ritenendo il servizio postale della massima importanza e quindi bisognoso di essere efficientissimo. Questo dipendeva dal cardinale camerario di Santa Romana Chiesa che promulgava le leggi relative ai servizi mediante appositi editti e fissava le relative tariffe. Pio IX, però, non volle mai che la sua effigie comparisse sui francobolli, ma desiderò che vi figurasse solo il simbolo del potere del papato, le chiavi decussate sormontate dal triangolo, e quindi le prime emissioni risultano un po' monotone. Questo avveniva in un periodo in cui si discuteva molto intorno al potere temporale del Papa. Possiamo, però, ricordare che l'avvicinamento della Chiesa alla filatelia passa

Quando a spedire è il Pontefice

Perché lo Stato Vaticano decise di inaugurare il proprio servizio postale. Poste Italiane emettono un francobollo in omaggio alla festa dei nonni il 2 ottobre



proprio per la storia generale della Posta.

Infatti c'è chi fa derivare la parola "Posta" da "Apostolis", cioè dall'abitudine di inoltrare "lettere apostoliche" da parte della Curia Romana e del Papato. È nei Capitolari di Carlo Magno che questo termine appare per la prima volta e poi nel terzo libro delle leggi dei Longobardi. Effettivamente, fin dai tempi più remoti la Chiesa ha sempre usufruito di messaggeri, detti "cursores", per comunicare con ogni parte del mondo ed anche le più importanti Abbazie ed i conventi avevano un servizio postale con messaggeri a cavallo. Oppure o si servivano proprio dei frati, anche questi a piedi o a cavallo, di cui però fruivano anche i privati per le personali necessità di spedizione. Restando nella ultramillenaria Roma, ma facendo un notevole balzo in avanti, ricordiamo che dal 12

al 14 ottobre si svolgerà "ROMAFIL 2007" manifestazione organizzata da Poste Italiane. La sede non sarà più la vecchia Fiera di Roma, ma neanche la nuova Fiera che appariva un po' decentrata agli amici filatelici, bensì il più centrale palazzo dei Congressi all'EUR, che fu sede della Conferenza della meccanizzazione postale del 1956, ma anche dell'importante rassegna "Roma '70". Per l'occasione si svolgerà una mostra filatelica sull'Europa, per festeggiare il 50° della firma dei Trattati, ed anche la mostra nazionale della Federazione fra le Società Filateliche Italiane. Saranno inoltre presenti commercianti e amministrazioni postali estere. L'ingresso è da piazza Kennedy e la manifestazione avrà orario 9.30 - 18.00 nei primi due giorni, mentre resterà aperta fino alle 14 nella sola



giornata di domenica. Infine, ci piace segnalare che Poste italiane emetterà un francobollo in onore della festa dei nonni proprio il 2 ottobre. Auguri quindi a tutti i nostri lettori nonni e grazie a chi ci ha trasmesso la passione per questo splendido "hobby". •



A Roma dal 12 al 14 ottobre



A cura
dell'Avv. Pasquale Dui (*)

L'indennità di malattia, per il lavoratore che, secondo il medico fiscale, risulti sconosciuto nel luogo indicato, può "essere salvata" solo con querela di falso.

Lo afferma la Corte di Cassazione in una recentissima pronuncia (Cassazione, sezione lavoro, n. 15372 del 10 luglio 2007) con la quale ha accolto il ricorso dell'Inps nei confronti di una lavoratrice. Quest'ultima si era rivolta al giudice per vedersi riconoscere l'indennità di malattia, che l'Istituto aveva negato in base a quanto certificato dal medico fiscale, incaricato della visita di controllo. Il sanitario, infatti, aveva attesta-

La "fedele privilegiata" riguarda solo i fatti materiali che il pubblico ufficiale ha accertato

Certificato del medico fiscale e querela di falso

Il documento, compilato da un sanitario incaricato di verificare la malattia del prestatore di lavoro, è atto pubblico.
La pronuncia della Corte di Cassazione



to che, all'indirizzo indicato, il nome della lavoratrice non compariva né sui campanelli, né sulle cassette postali e neppure era conosciuto dagli altri inquilini.

I giudici di merito hanno accolto l'istanza della lavoratrice, poiché i testimoni avevano confermato la presenza del nome dell'assicurata sui campanelli dello stabile, ipotizzando che la causa del mancato reperimento da parte del medico fosse una ricerca volta al solo cognome della lavoratrice, escludendo tutte le targhette con più nomi.

Per quel che riguarda, poi, la mancata conoscenza da

parte degli altri condomini, i giudici di secondo grado hanno supposto che la signora fosse conosciuta con il solo cognome del marito e che, quindi, nessuno degli interpellati conoscesse quello della lavoratrice.

Arrivati in Cassazione, secondo l'Inps, la decisione dei giudici di merito non avrebbe tenuto in debito conto che la certificazione del medico di controllo, attestante un fatto, è assistita da una fede privilegiata. La Suprema Corte ha, quindi, accolto la domanda dell'ente previdenziale, stabilendo che il certificato, compilato da un sanitario, incaricato di verifi-

care la malattia del prestatore di lavoro, è atto pubblico e, come tale, fa fede fino a querela di falso. L'ordinamento mette, infatti, a disposizione delle parti lo strumento della querela di falso per inficiare, ossia porre nel nulla l'efficacia probatoria di un documento.

Sempre secondo la Cassazione, questa fede privilegiata, però, non è illimitata, ma riguarda solo i fatti materiali che il pubblico ufficiale ha personalmente accertato e non anche le valutazioni. Nel caso di specie, quanto attestato dal medico non è una valutazione, bensì un fatto materiale con la conseguenza che un eventuale errore può essere rilevato solo con querela di falso.

Ciò significa che, qualora il medico fiscale dichiari che il nome della persona in malattia non è indicato sul citofono o sulla cassetta postale, per conservare l'indennità non è sufficiente presentare dei testimoni che dicano il contrario, ma è necessario contestare in giudizio la fede privilegiata dell'attestazione.

(*) del Foro di Milano

È morto Vincenzo Pacilè

Il 25 agosto, nella Chiesa di San Giovanni Bosco a Vibo Valentia, si sono celebrati i funerali di Vincenzo Pacilè, presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Vibo Valentia. Aveva 48 anni.

Alle esequie, oltre ai colleghi, era presente la U.S. Vibonese al completo insieme a tutte le realtà sportive cittadine.

Grande uomo, grande professionista, Pacilè è stato da sempre nel mondo dello sport, prima come atleta e arbitro di basket, poi come responsabile dello staff medico della Vibonese, di cui era grande tifoso. Negli ultimi anni era stato chiamato a far parte dello staff medico della Nazionale di Beach Soccer, con la quale aveva festeggiato un anno fa il titolo europeo. Alla moglie, al figlio Francesco e ai medici di Vibo Valentia le nostre condoglianze.

Vincenzo lascia un grande vuoto in chi ha avuto l'onore di conoscerlo.

La scomparsa di Claudio Tempo

Claudio Tempo ci ha lasciati. Giornalista, raffinato intellettuale, ma anche animatore culturale, era uno dei massimi esperti di musica novecentesca. Solo pochi mesi fa, in seguito alla malattia che "non perdona", era stato costretto ad interrompere la collaborazione puntuale con Il Giornale della Previdenza. A fine luglio l'ultima telefonata: "Mi sento un po' meglio. Sono in grado di riprendere ad occuparmi di musica. Mi volete sempre?".

Ci fu gioia in quel giorno, in redazione. "Claudio rischierà per noi" ci dicevamo commossi e nello stesso tempo orgogliosi che Tempo riprendesse a dare lustro al mensile dell'Enpam.

Prestigio. Certo. Di radici piemontesi a settant'anni era tra i musicologi più noti in Italia e all'estero. Aveva dedicato gran parte della sua attività critica alla musica del Novecento, alla sua ricchezza di linguaggi e problematicità lasciando testimonianze eccezionali sulle opere di alcuni tra i più importanti compositori italiani. Un esempio?

Le sue analisi dell'arte di Goffredo Petrassi stupirono lo stesso compositore. L'esercizio della critica non è mai stato inteso da Tempo come attività ristretta all'esplicazione e al commento di "eventi" ma, come ha acutamente ricordato W. Edwin Rosasco, "si trattava di entrare nei fatti musicali, coglierne le ragioni profonde, la loro articolazione nel complesso dei fatti storici, sociali, politici...".

La critica musicale avvertirà la mancanza di Claudio Tempo. Anche noi. Con dolore accanto alla moglie Silvana.

G. Cris

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma

giornale@enpam.it

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

OTTIMIZZAZIONE

Claudia Furlanetto:

email: c.furlanetto@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

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

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno:

email: archivio.giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - ablestock.com

MENSILE - ANNO IX - N. 8 DEL 21/09/2007
Di questo numero sono
state tirate 420mila copie

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche

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

tel: 059 312500 - fax: 059 312252

email: centralino@coptip.it



Il vostro giornale on line

www.enpam.it

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA

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



E.N.P.A.M.

Al servizio degli iscritti

