

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



Il celebre patologo Rudolf Virchow (al centro) assiste a Parigi a un intervento chirurgico, nel 1900.

ASSISTENZA

Sussidi
di studio
per gli orfani

5

PREVIDENZA

Per una pensione
adeguata
e sostenibile

6

L'AVVOCATO

Depenalizzazione
della colpa
professionale

63

PARODI

Occorre
uno scatto
d'orgoglio

1

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

- | | |
|---|---|
| 1 Perché? | 33-38 Congressi, convegni, corsi |
| 2-3 Come investire in beni mobili | 39 Altra medicina |
| 4 Il Servizio sanitario è un'“impresa sociale” | 40 Sulla tutela dai danni da attività medica |
| 5 Sussidi per gli orfani | 41 Medicina e cambiamenti demografici |
| 6-7 Pensione adeguata e sostenibile | 42-43 Vita degli Ordini |
| 8-9 Previdenza, tra obbligo e solidarietà | 44-45 Il personaggio: Ludwig II di Baviera |
| 10-11 Tutela della maternità | 46-47 Recensioni |
| 12-13 L'intervista/1: parla il dermatologo | 48 In editoria |
| 14-15 L'intervista/2: la parola al medico legale | 49 Confessioni: un grande pianista |
| 16-17 Vaccini per il meningococco | 50 La chitarra Dobro |
| 18-19 Costruire ospedali in India | 51 Cinema, una diva |
| 20-21 Medici illustri, Nicolaes Tulp | 52-53 Viaggi, il British Columbia |
| 22-23 Ricerca, la medicina innovativa | 54 Mostre ed esposizioni |
| 24 Osteoporosi in assenza di gravità | 55 “Artissima 15” |
| 25 Medici italiani all'estero | 56 Erbe, la <i>Gymnema silvestris</i> |
| 26-27 Il punto sulla violenza alle donne | 57 Piante in via di estinzione |
| 28-29 Società, vivere alla moda | 58-61 Lettere al Presidente |
| 30-31 Un volto e una voce in TV | 62 Filatelia |
| 32 Accadde a... Ottobre | 63 L'avvocato |
| | 64 Ci ha lasciato Luciano Monesi |

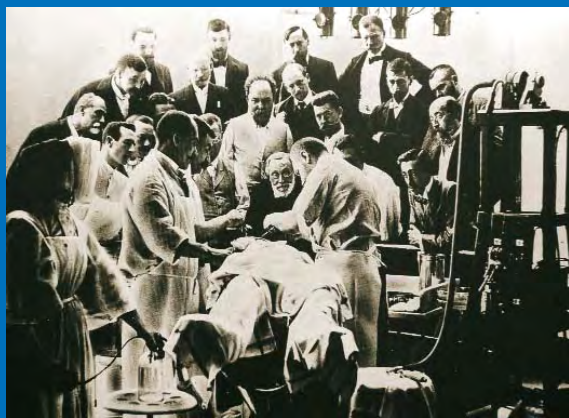


Foto di copertina

Il celebre patologo Rudolf Virchow assiste a Parigi a un intervento chirurgico, nel 1900. A lui si deve il concetto di “patologia cellulare”, che ha rivoluzionato l'intera disciplina dell'anatomia patologica. Studioso anche di antropologia, non riuscì, malgrado gli sforzi tutt'altro che eroici e dopo un'ampia indagine statistica tra gli scolari e gli studenti delle scuole tedesche, a dimostrare l'esistenza di una “razza germanica pura”.

Perché?

di Eolo Parodi

In questo rapporto mensile con tutti Voi, cerco di condurre il dialogo in maniera non solo corretta e propositiva, ma con l'obiettivo di far conoscere questo "benedetto Enpam".

Sto notando che arrivano lettere, telefonate di medici che vogliono giustamente sapere e conoscere, credo per paura di disastri che noi potremmo provocare.

Questa volta attraverso l'articolo del professor Maurizio Dallochio che segue a questa mia nota, cerchiamo di far conoscere in maniera molto comprensibile la situazione dei nostri investimenti mobiliari.

È chiaro che siamo soggetti ad una instabilità di tutto il mondo economico e finanziario, specie in Europa e negli Stati Uniti. Tale instabilità ha ricadute, certamente, sul sistema Italia.

Noi vigiliamo e cerchiamo di renderci conto di ciò che avviene.

Sono molto tranquillo sul futuro a condizione che facciamo "insieme" confronti e battaglie.

L'Italia non può vivere senza regole, nel pettegolezzo e nella gestione dell'invidia.

È comprensibile, a questo punto, che io chieda alle dottoresse e ai dottori in medicina ed odontoiatria uno scatto di orgoglio, anche corporativo. •



Medici e odontoiatri possono stare tranquilli

Su invito del presidente Eolo Parodi, il prof. Maurizio Dallochio illustra in questo articolo alcuni dei punti più significativi riguardanti gli investimenti mobiliari. La “filosofia” dell’Enpam

di Maurizio Dallochio (*)

Come tutti voi ho letto anch’io in questi giorni qualche articolo che parla degli investimenti delle Casse previdenziali e dell’Enpam, nei fatti la più grande Cassa di previdenza dei professionisti italiani. Quindi particolarmente interessante ai fini giornalistici, anche perché il suo destino interessa direttamente a 400 mila qualificati individui (i medici e gli odontoiatri) e alle famiglie di questi ultimi: in tutto diciamo 1,5 milioni di persone e dunque di lettori...

Vado al dunque con un’affermazione di base, due premesse e alcune considerazioni che voglio esporre con una visione franca e schietta.

L’affermazione di base: più volte e nelle sedi più disparate a partire dai Consigli Nazionali, il Presidente Parodi ha ribadito che il portafoglio degli investimenti dell’Ente è “prudente”. Questo significa che non vi sono prospettive di reddito straordinarie in periodi di crescita dei mercati, ma che in fasi recessive il portafoglio “tiene”, ovvero non corre il rischio di gravi perdite

durature di valore. Questo è tuttora assolutamente vero. Il portafoglio complessivo Enpam è solido, prudente, e per quanto possibile in funzione delle previsioni migliori oggi disponibili in campo demografico, attuariale e economico-finanziario, non pone a rischio le pensioni dei medici né fra 10 anni né fra 20 o più.

Le due premesse si integrano. La prima è il motto che ha ispirato il comportamento degli Organi dell’Ente negli ultimi lustri: “Prudenza e Trasparenza”. In ossequio a quest’ultimo importante valore, la trasparenza appunto, sapete da dove provengono le informazioni utilizzate dalla stampa per scrivere quanto qualcuno di voi ha letto? Dall’Enpam e dai suoi esponenti, sempre aperti a fornire informazioni sulle politiche e sulle strategie di un organismo così importante per il sistema italiano. Qui scatta la seconda premessa: nel giornalismo tutti sanno che una buona notizia è una non notizia. Conseguentemente se ci sono dieci note positive e una incerta, che si riferiscono a un soggetto noto, meglio indugiare su quest’ultima che sulle die-

ci precedenti.

Ecco dunque **le considerazioni** in rapida successione: **a)** riprendiamo il discorso delle buone notizie. Qualcuno ha forse rimarcato che l’Enpam non ha mai investito in Parmalat, Cirio, Enron, bond argentini o altri titoli del nostro mercato (tutti ricordano la new economy e casi come Finmatica) che hanno integralmente e irrimediabilmente perduto il loro valore dopo aver fatto scintille per qualche periodo? Anche la recente crisi della grande banca americana che versa in serie difficoltà e che, se dovesse sfociare in una grave insolvenza, lascerebbe tracce molto profonde nei patrimoni di molti investitori, non pare allo stato spaventare l’Ente. Qualcuno – in proposito – ha forse sottolineato che lo scorso anno Enpam ha riorganizzato un portafoglio di titoli della banca in questione, liberandosi del rischio relativo? Bene, questi sono fatti e non semplici supposizioni.

b) I patrimoni delle Casse e le loro gestioni sono sottoposti a controlli continui e severi. Nel caso dell’Enpam l’elenco è particolarmente lungo: vi è anzitutto il Consiglio di Amministrazione, che dà gli indirizzi e vigila

sull’operato della Struttura. Gli atti dell’uno e dell’altra sono sottoposti al vaglio del Collegio Sindacale e alla supervisione del Comitato Audit. Vi è poi la società di revisione che con rigore si esprime sulla veridicità e correttezza del bilancio, ovvero dell’insieme dei prospetti di sintesi che riportano, fra l’altro, i valori di tutti gli investimenti realizzati. Esiste anche un consulente esterno chiamato specificamente a controllare le performance degli investimenti mobiliari. A ciò si aggiungano i controlli posti in essere dalla Commissione Parlamentare di Vigilanza, dalla Corte dei Conti e da ricercatori e studiosi spesso interessati al mondo della previdenza e ai suoi investimenti. Non da ultimo, Enpam ha affidato a una società esterna, nel corso del 2007, uno studio per adottare un processo di decisione in merito all’allocazione delle risorse che fosse coerente con le migliori prassi del mondo bancario, assicurativo e finanziario.

c) Nel portafoglio dell’Ente sono presenti in modo significativo titoli “a capitale garantito”. Si tratta di prodotti finanziari articolati, i cui rendimenti sono legati a variabili, le più disparate: dall’andamento delle materie prime, a quello delle valute; dal trend degli indici di borsa a quello dei tassi di interesse o dell’inflazione o di certe economie internazionali, giusto per citarne alcune. In momenti di grande incertezza, o di gravi difficoltà dei mercati, quali quelli attuali, anche questi

prodotti subiscono fluttuazioni di valore, e in certi casi anche significative perdite, così come accade alle azioni, alle obbligazioni o qualsiasi altro prodotto finanziario. Tuttavia, rispetto ad altri titoli hanno una caratteristica molto importante: se l'emittente o chi ne garantisce la "sorte" non fallisce, alla scadenza *garantiscono* il rimborso del valore. Ora, se un Ente ha in portafoglio titoli azionari, e il valore dei medesimi in un certo periodo si è ridotto, diciamo del 40% (se prendete un quotidiano finanziario della settimana che si è chiusa lo scorso 5 settembre e provate a leggere le variazioni delle quotazioni da inizio anno dei titoli negoziati in Italia ne troverete un elenco impressionante), non vi è nessuna garanzia che quei titoli riprendano il loro valore iniziale. Intendiamoci, se si tratta di titoli "di qualità", la probabilità che vi sia una ripresa generale di mercato, in grado di più che ricompensare la perdita, è elevata. Ma non vi sono certezze né sui tempi, né sui valori. Un titolo a capitale garantito del valore nominale di 100 euro, con scadenza al 31 dicembre 2010, potrà valere oggi 50, 80 o 150 euro. Una cosa però è certa: alla scadenza o vi sarà stato un fallimento (default come si dice in gergo tecnico) o il titolo verrà rimborsato al valore nominale, 100 euro appunto. Enpam va alla ricerca di interlocutori primari, in genere con affidabilità pari almeno allo Stato italiano, le cui probabilità di de-

fault sono davvero limitate. Intendiamoci, in un portafoglio di centinaia di titoli e interlocutori è possibile che si abbiano eventi indesiderati, ma la diversificazione dei citati titoli e interlocutori bancari e finanziari è consistente garanzia di stabilità di lungo periodo. Ecco perché all'Ente interessa la solidità dei titoli nel lungo periodo, piuttosto che il loro valore odierno, rispetto al 31 dicembre dello scorso anno o di due anni orsono.

d) Un argomento che fa sorridere oltretutto, è che la variabilità del valore dei titoli a capitale garantito (la "volatilità" come si dice in gergo) è spesso più contenuta di quella di altri titoli, azionari in testa. Dunque anche su base periodale breve, vi è meno "rischio" assunto. Ecco perché non ha fondamento allarmarsi per l'andamento di un singolo titolo in portafoglio, senza guardare l'andamento di altri titoli, simili e difforni.

e) Una riflessione sui temi legati alla contabilità. Se un Ente acquista un titolo di qualsiasi natura e lo iscrive fra i suoi investimenti come "immobilizzato", ovvero non destinato alla rapida vendita, ma alla permanenza in portafoglio per un periodo prolungato (supponiamo fino alla scadenza, posto che ve ne sia una), la contabilità (Codice Civile e principi contabili) prevede che il suo valore di iscrizione (semplificando, quello di acquisto) possa essere ridotto in presenza di una "perdita duratura di valore". Numerose istituzioni,

e con ogni probabilità anche Casse previdenziali, potrebbero oggi ritenere che non vi sia una perdita duratura di valore nel titolo Unicredit che ha perduto il 35% dall'inizio dell'anno in corso o nel titolo Intesa SanPaolo che ha perduto il 30%. Conseguentemente non registreranno una perdita nel proprio conto economico. Ciò è perfettamente lecito e forse anche logico: in un mercato meno disastrosato di quello attuale si tratta di titoli destinati a riprendere valore. Tuttavia se con serenità e indipendenza leggessi il bilancio di un Ente che ha in portafoglio titoli azionari quali quelli citati, iscritti a valori del primo gennaio dell'anno in corso, e dell'Enpam che ha – intendiamoci, fra numerosissimi altri investimenti – uno a capitale garantito che oggi vale il 30-35% in meno di quando fu sottoscritto, ma a scadenza verrà comunque rimborsato al valore di bilancio, riterrei più sicure le pensioni dei medici, che quelle dei professionisti iscritti all'altro Ente...

f) Un'ultima considerazione, forse provocatoria, certo stimolante. Enpam è investitore estremamente prudente, che non ha mai assunto comportamenti altamente speculativi. Anche la sua presenza in comparti considerati intrinsecamente rischiosi, quali quelli del private equity o degli hedge fund è dimensionalmente contenuta e risponde a una logica di semplice diversificazione di portafoglio. E d'altra parte i gesto-

ri esterni del suo patrimonio (primarie banche costantemente monitorate) ricevono linee guida molto rigide in merito alle possibilità di investimento in azioni, obbligazioni e titoli di qualsiasi natura. Sorge un dubbio: non è che vi sia chi, nel mondo della politica, della finanza, dell'industria o più semplicemente della Società in senso ampio voglia dare messaggio esplicito a chi gestisce i denari dei Medici e degli Odontoiatri? Il messaggio, tradotto in modo molto semplice potrebbe essere: *"Caro Enpam, per dimensioni e prestigio sei un grande operatore istituzionale, un'entità che conta nel nostro Paese e fuori. Con la tua politica altamente prudente, e incline a guardare solo alle pensioni e al lungo periodo, hai investito prevalentemente in immobili e in titoli finanziari conservativi. Non sei entrato a sostenere l'industria italiana attraverso gli investimenti diretti in Borsa; non hai partecipato alle privatizzazioni delle grandi imprese; non hai aiutato i progetti infrastrutturali; non hai messo le tue risorse per salvataggi, rilanci, riorganizzazioni.... Ora devi aprirti a queste iniziative".* Ripeto, è una provocazione, ma forse è arrivato il momento di aprire un dibattito su questi temi, posto che vengano modificati o rimossi i vincoli di natura normativa che rendono difficile, se non impossibile, muoversi nella direzione indicata. •

(*) *Consigliere Enpam*



di Mario Falconi (*)

Nell'Ottobre 2005, edito da Italtpromo Esis e Publishing, pubblicammo insieme all'amico e giornalista Cesare Fassari, un volumetto dal titolo "Caino ed Abele, la Sanità: come non vorremmo che fosse, come sognamo che diventi" in un modo elementare ma nello stesso tempo stimolante come può essere quello della vignetta satirica.

Rappresentava l'ennesimo sogno nel tentativo di contribuire al rilancio della sanità italiana e con essa del prezioso ed indispensabile ruolo professionale dei medici. Nella premessa affermavamo, tra l'altro: "La sanità è un bene sociale prezioso fatto di centinaia di migliaia di donne e uomini, imprese pubbliche e private che vi investono, sogni e speranze troppo spesso delusi. "La sanità è anche uno straordinario cantiere aperto, ricco di opportunità e occasioni di sviluppo. Il SSN può di-

ventare realmente una grande impresa sociale al servizio dei cittadini e del Paese, con potenzialità straordinarie per l'economia italiana sia sul mercato interno che nell'ambito degli scenari internazionali".

Non è bastato certo questo libretto a cambiare le cose, ma forse qualche dubbio o qualche opportunità conferma esso ha contribuito a sollevare e consolidare.

Di questo siamo già molto contenti....

Non ci aspettavamo certo grandi cambiamenti e, purtroppo, il sogno è rimasto tale. Abbiamo dovuto registrare infatti, negli anni a seguire, l'inesorabile e lento declino del nostro Paese in molti delicati settori, tra cui quello della sanità.

È di questi giorni la lettera di Eolo Parodi a tutti i Presidenti degli Ordini dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri italiani in cui denuncia le illazioni, di un giornale specializzato, sugli investimenti delle Casse previdenziali privatizzate tra cui l'Enpam che, a suo dire, "sembrano supportare una strategia finalizzata a mettere in discussione la nostra autonomia gestionale".

Il Servizio sanitario è un' "impresa sociale"

Chi e perché ha interesse a screditare la nostra Fondazione e con esso il Consiglio di Amministrazione che con tenacia e onestà ha dovuto anche riparare ad alcuni guasti del passato? Il patrimonio immobiliare, che non sempre fu acquisito a tutela dei legittimi interessi della collettività medica, è stato pressoché totalmente risanato, migliorandone significativamente la redditività.

Della bontà degli investimenti finanziari, disserta ampiamente il Professor Maurizio Dallochio su questo numero del giornale. Non ci ha mai entusiasmato e non ci entusiasma indossare i panni

di Cassandra, ma riteniamo che nessuno possa dubitare del fatto che nel nostro Paese è in atto, da anni, un pervicace tentativo di emarginazione e mortificazione della professione medica e con esso lo scardinamento degli Ordini professionali, della Fondazione Enpam, ecc. In tale contesto giocano una partita importante anche gli esasperanti ritardi contrattuali, con

ricadute negative sulla Previdenza, le esponenziali situazioni di precarizzazione lavorativa se non di vero e proprio sfruttamento medico e lo "scippo" di ruoli dirigenziali medici a vantaggio di altre figure professionali.

È sempre di questi giorni il rilancio dell'attacco a tutti gli Ordini professionali, di cui si richiede l'abolizione, portato avanti in un dibattito televisivo di una rete nazionale. Il 24 settembre scorso l'Ordine di Roma ha presentato alla stampa, alla presenza del Sottosegretario alla Salute Fazio e di numerose autorità politiche ed istitu-



zionali, la prima ricerca italiana sulla medicina difensiva, dimostrando, con rigore scientifico, quanto alti siano i costi per la collettività (tra il 10 e il 20 % dell'investimento pubblico), a causa della scarsa serenità in cui sono costretti ad operare moltissimi medici. In una tale situazione può essere umanamente comprensibile la voglia di "tirare i remi in barca", smettere di lottare e rinchiudersi nel proprio particolare, con l'inevitabile risultato di far male a se stessi e soprattutto a chi verrà dopo di noi. Siamo invece convinti che dob-

biamo e possiamo efficacemente lottare, nonostante tutto, per "difenderci" e "rilanciare". Con la volontà, la passione e l'onestà molte cose si possono ancora fare. La recente costituzione dell'associazione O.R.M.e. (Osservatorio sulla Responsabilità professionale Medica), tra la Corte di Appello e il Tribunale di Roma, la facoltà di Giurisprudenza dell'università di Roma Tor Vergata e l'Ordine dei Medici-chirurghi ed Odontoiatri di Roma e provincia, rappresenta un altro concreto esempio di un nuovo

modo di operare nell'interesse dei cittadini e dei medici.

Tale associazione ha lo scopo di promuovere lo studio e la ricerca giurisprudenziale e dottrinale, anche a livello internazionale, in materia di responsabilità professionale dei medici e di favorire lo scambio di esperienze scientifiche e culturali tra gli operatori del settore (avvocati, magistrati, medici, ecc.).

Nessuno pensi che l'Enpam, gli Ordini professionali e i sindacati medici si possano difendere contrastando esclusivamente gli

attacchi provenienti dal mondo esterno. Abbiamo una esiziale necessità di recepire urgentemente un comune sentire medico, che ci porti alla costituzione di una vera e propria compatta "lobby etica". Occorre, altresì, isolare ed estromettere dal nostro mondo quelli di noi che hanno impostato la propria vita al perseguimento di interessi personali e che, privi di valori etici e accecati dall'odio e dall'invidia, dimostrano di saper solo distruggere.

(*) *Vice presidente
vicario Enpam*

Sussidi di studio per gli orfani dei medici e degli odontoiatri

Come ogni anno il Comitato esecutivo della Fondazione ha deliberato l'assegnazione di sussidi di studio ad orfani di medici chirurghi ed odontoiatri che appartengono a nuclei familiari in precarie condizioni economiche. In particolare possono partecipare all'assegnazione gli orfani il cui nucleo familiare disponga di un reddito annuo non superiore a sei volte l'importo del minimo Inps, pari ad euro 34.563,36 per l'anno 2008, aumentato di un sesto per ogni componente il nucleo stesso, escluso il richiedente. So-



no comunque esclusi i soggetti che abbiano diritto ad usufruire di sussidi di studio da parte di altri Enti previdenziali, o che possano accedere direttamente

alle prestazioni Onaosi, quelli già laureati prima dell'anno accademico 2007/2008, nonché quelli ripetenti o fuori corso ovvero già provvisti di altra

laurea. Per concorrere all'assegnazione dei 295 sussidi di studio, come suddivisi nelle diverse tipologie, dalla scuola secondaria di primo grado all'università, gli interessati dovranno avanzare domanda alla Fondazione, corredata dalla prescritta documentazione, utilizzando l'apposita modulistica disponibile sia presso le sedi degli Ordini provinciali, sia sul sito dell'Ente (www.enpam.it), dove è possibile anche reperire copia integrale del Bando di concorso. Le domande relative ai sussidi per le scuole secondarie di primo e secondo grado, nonché quelle relative ai sussidi universitari, dovranno essere presentate all'Enpam entro il termine tassativo del 15 dicembre 2008. •

Per una pensione adeguata e sostenibile

di Alberto Oliveti (*)

L'agenda autunnale della Fondazione Enpam non può non mettere in primo piano gli interventi necessari per i problemi futuri di sostenibilità, che si proietteranno inevitabilmente sull'adeguatezza delle pensioni e sull'assetto solidaristico della Cassa.

A tal proposito interessanti saranno i dati ricavabili dai bilanci tecnici attuariali riferiti al 2006, che attendiamo a breve dall'Attuario incaricato dalla Fondazione.

La chiave del sistema è che per mantenere l'attuale impostazione solidale dovrà in primis risaltare per tutti la convenienza finanziaria – comparata tra pari condizioni – della contribuzione in riferimento alle future prestazioni.

L'indispensabile rigore attuariale va quindi collegato ad una comunicazione efficace, specie rivolta ai giovani, a cui vanno destinati anche servizi e progetti di facilitazione all'inserimento lavorativo e di sostegno alla qualificazione dell'esercizio professionale.

Importante diffondere prima possibile quanto sia determinante per la pensione di ognuno la corretta e tempestiva analisi dei pro-

pri bisogni, fornendo nel contempo gli elementi necessari culturalmente per l'orientamento nella materia e strumentalmente per l'opportuna integrazione. Le prospettive di criticità per la stabilità dei Fondi causati dall'attuale stratificazione per età dei contribuenti attivi, e dal costante e progressivo aumento dell'aspettativa di vita della popolazione, introducono l'esigenza di bilanci tecnici attuariali frequenti e di un monitoraggio attivo della situazione per una visione dinamica della situazione dei Fondi gestiti, per cui la Fondazione si dovrà attrezzare a potenziare questa linea di attività.

Inoltre le nubi in lontananza confermano l'importan-

za di un attento monitoraggio dei flussi contributivi dei Fondi, perché siano sufficienti nell'entità complessiva e congrui nella redditività garantita dell'attuale impostazione che definisce la prestazione sin dal momento della riscossione del contributo, così determinando per la Fondazione la totale assunzione del rischio dell'investimento per far fronte all'obbligo assunto.

Prima si interviene, più ripartiti saranno gli effetti dell'intervento.

Per la sostenibilità futura del sistema, le soluzioni appaiono obbligate: aumentare l'entità della contribuzione, ovvero l'arco temporale della stessa, o ridurre, pro rata, le prestazioni. Tutto con il doveroso equi-

librio e senso politico, dato che il progetto istituzionale della Fondazione Enpam resta sempre quello di garantire a tutti gli iscritti il massimo di pensione sostenibile dal sistema ed un'adeguata assistenza solidale in caso di necessità. Nel contempo il Patrimonio va fatto rendere di più, sempre però mantenendo la potenzialità di essere collocabile sui mercati in caso di necessità di cassa.

La Finanziaria 2007 ha intrapreso il percorso di accumulare capitali sufficienti a coprire le prestazioni per l'intero arco generazionale degli attivi contribuenti ai Fondi, obbligandoci ad innalzare a 30 anni minimi l'arco temporale di equilibrio rispetto agli originali 15 della privatizzazione del 1994.

Quando siamo stati privatizzati, un ingente debito previdenziale è stato trasferito dai bilanci pubblici a quelli delle singole Casse, di fatto sollevando lo



Comunicazione efficace rivolta in particolare ai giovani

Stato dall'esigenza di ricorrere alla fiscalità generale in caso di fallimento delle gestioni ora privatizzate. Per un elementare senso di reciprocità appare quindi equo, oltre che opportuno, perseguire la riduzione della doppia tassazione, portandola almeno a quella prevista dai Fondi Pensione, meglio trattati fiscalmente nonostante la loro subalternità gerarchica al pilastro pubblico obbligatorio.

Per quanto riguarda l'adeguatezza della pensione, questa non dovrà scaturire da metodi di calcolo attuarialmente insostenibili rispetto alle aspettative di vita da pensionato, ma giovare di integrazioni su base volontaria frutto di scelte consapevoli.

Mantenere alto il flusso contributivo sarà in ogni caso determinante.

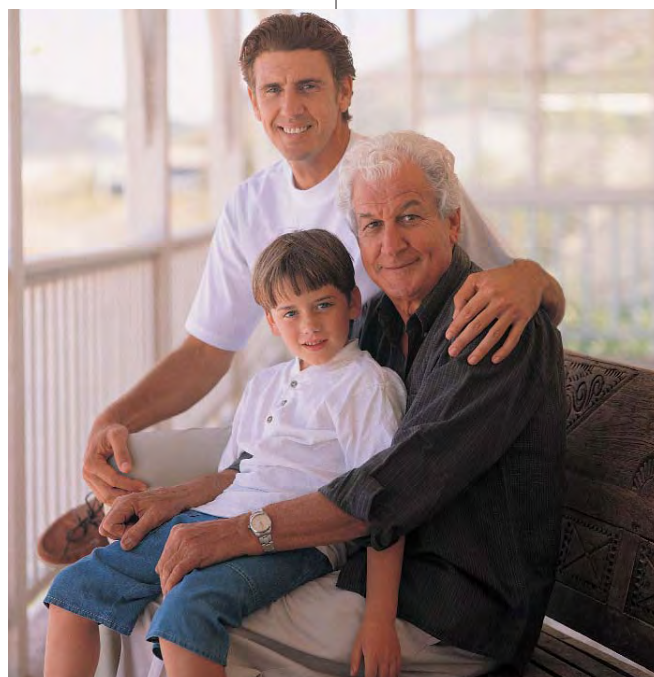
L'invecchiamento generale della popolazione sicuramente produrrà un maggior uso e consumo di tutto quello che è collegabile alla Sanità: appare vitale che ogni prestazione sanitaria produca contributi previdenziali, per cui, oltre al fondamentale mantenimento dell'obbligo contributivo per tutti gli iscritti agli Ordini, una particolare attenzione va posta all'abusivismo, all'eva-

sione, alle deviazioni sul sociale ed alle forme di esercizio professionale che eludano la contribuzione individuale.

Inoltre, aumentare la contribuzione individuale, ma perseguire anche la flessibilità contributiva nel corso della vita professionale. A causa del loro cronico ed imprevedibile ritardo, potremmo chiedere in occasione del rinnovo degli Accordi Collettivi Nazionali - che dovrebbero registrare l'aumento del flusso contributivo legato all'aumento delle aliquote di contribuzione - la possibilità opzionale di una flessibilità contributiva da parte di ogni singolo contribuente, per esempio permettendo di aumentare fino al raddoppio la quota parte a suo carico di contribuzione tramite una comunicazione annuale tacitamente rinnovabile all'amministrazione di riferimento.

Tale opzione personale non avrebbe costi accessori per lo Stato, aumenterebbe la tenuta del sistema previdenziale deputato all'attuazione della previsione costituzionale specifica ed impatterebbe positivamente sull'adeguatezza delle prestazioni.

Restano sempre valide le altre classiche modalità di integrazione, come il riscatto di laurea o ancor più di allineamento e Fondo Sanità, il fondo pensione di categoria istituito dall'Enpam, per chi persegua una integrazione della pensione sotto forma di rendita o capitale, gestita al di



fuori dei classici canali di gestione dei versamenti Enpam.

Sul versante prestazioni, subordinatamente all'autorizzazione dei Ministeri vigilanti, un primo passo da compiere potrebbe essere la piena rivalutazione al 100% dell'Istat delle pensioni in erogazione.

Questa scelta ha un costo, i Bilanci Tecnici che attendiamo a breve lo dovranno definire, cercheremo nelle pieghe dei rinnovi convenzionali e nella battaglia alla doppia tassazione di reperire le risorse necessarie a farlo.

Ultimi bilanci consuntivi alla mano, possiamo sostenere che stiamo rispettando al meglio la missione affidataci dallo Stato con la privatizzazione dato che registriamo continui incrementi negli annuali avanzi di gestione, possediamo un Patrimonio triplicato rispetto al 1994 ed una si-

tuazione economico finanziaria dei Fondi in linea con i rigorosi criteri di garanzia stabiliti dalla legge e dai Ministeri vigilanti. Ciononostante, dobbiamo mantenere alta l'attenzione sull'equilibrio futuro della Fondazione dato che, in un sistema che si regge sul "patto" tra generazioni, non appaiono in prospettiva favorevoli sia la situazione economica della professione che risente di quella generale del paese che la particolare demografia della categoria sanitaria - sempre più pensionati! - dato che stiamo aumentando l'aspettativa di vita, ma sempre più tardi iniziamo a contribuire e non intendiamo ritardare proporzionalmente l'età del pensionamento. Abbiamo strumenti, capacità e risorse per farlo al meglio. Importante è farlo per tempo ed insieme. •

(*) *Consigliere Enpam*

Previdenza, obbligo di legge e solidarietà

Sintetica descrizione dell'organizzazione interna dell'Enpam. Nel contesto previdenziale lavorare per costruire una nuova cultura della solidarietà, non più scambiata per tassazione o obbligo, ma come nuova visione di rapporto economico solidale nella generazione e tra le generazioni

di **Costantino Santacroce (*)**

La previdenza può essere definita come l'insieme di provvedimenti a carattere assistenziale disposti a favore di una categoria di persone: se questa categoria è costituita da medici iscritti all'Albo professionale, l'Ente di previdenza è l'Enpam (Ente di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri). Esso è un Ente con personalità giuridica di diritto privato che ha il fine di garantire la previdenza e l'assistenza alla categoria dei medici e degli odontoiatri, ed inoltre dei loro familiari e superstiti. Storicamente l'istituzione affonda le sue radici nell'anno 1937, nasce come istituto corporativo con lo scopo di provvedere all'assistenza dei medici iscritti al sindacato fascista di categoria, e denominato "Cassa di assistenza del sindacato nazionale fascisti medici". Successivamente con la caduta del Fascismo e l'instaurazione della Repubblica, nel 1950 il suddetto organismo viene trasformato in "Ente di diritto pubblico" prenden-

do la denominazione di Enpam e di conseguenza viene istituito l'obbligo di iscrizione e contribuzione dei medici sia all'Albo che alla competente Cassa di Previdenza, anche se la contribuzione obbligatoria risaliva al decreto n°233 del 13 settembre 1946 del Capo Provvisorio dello Stato. Poi l'approvazione dello statuto di privatizzazione dell'Ente, attuato il 24 novembre 1995 trasformerà l'Enpam in "Fondazione Enpam" e nel 2000 si avrà l'approvazione del te-

sto statutario definitivo, ancora oggi in vigore. Attualmente quindi, l'Enpam, è la struttura giuridico amministrativa che attua la previdenza e l'assistenza a favore degli iscritti, dei loro familiari e dei loro superstiti.

Le quote di versamento obbligatorio degli iscritti, in attività lavorativa, sono quindi versate all'Enpam, il quale attraverso la gestione in un sistema di Fondi di previdenza e di assistenza, eroga le pensioni agli aventi diritto secondo i re-

quisiti di accesso alla pensione. I requisiti di accesso alla pensione si differenziano a secondo del Fondo a cui si appartiene, sia che si tratti di pensione ordinaria, che d'invalidità assoluta e permanente.

I Fondi di previdenza dell'Enpam sono quattro:

- Fondo di Previdenza Generale a cui sono tutti iscritti, cioè tutti i medici ed odontoiatri iscritti all'Albo professionale;
- Fondo di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta ed addetti ai servizi di continuità assistenziale;
- Fondo di Previdenza per i Medici Specialisti Ambulatoriali;
- Fondo per i Medici Specialisti Esterni.

Sul fronte assistenziale l'Enpam oltre la pensione d'invalidità permanente, tutela gli iscritti anche per



ciò che riguarda l'indennità di maternità, adozione, affidamento pre-adoztivo, aborto, l'integrazione delle pensioni al trattamento minimo dell'Inps, la pensione annua minima garantita agli iscritti titolari di pensione di invalidità assoluta e permanente, i trattamenti assistenziali erogati dal Fondo di Previdenza Generale.

A questo nostro dovere, sia legale che solidale, deve corrispondere un sistema previdenziale ottimo, che per essere tale deve possedere caratteristiche di rispetto dei vincoli di bilancio presenti e futuri, rispetto dei criteri di equità entro e tra le generazioni, ed infine evitare qualsiasi distorsione che squilibri il sistema stesso.

Esso dovrebbe risultare finanziariamente sostenibile, cioè promettere non più di quanto è in grado di mantenere.

Essere economicamente efficiente, cioè in grado di minimizzare i contributi

per un dato livello pensioni o viceversa massimizzare le pensioni per un dato livello di contributi.

Ma tutto ciò è possibile ottenerlo riducendo sensibilmente i costi e gli oneri di gestione e migliorando la gestione degli investimenti dei capitali dell'Ente. Non distorsivo delle scelte individuali o collettive; aumentare le aliquote contributive senza un ponderato esame economico-sociale, e quindi obbligare il professionista ad eccessivi risparmi previdenziali, nello stesso tempo deve parametrare la contribuzione affinché venga garantita una pensione dignitosa.

Consentire, entro limiti stabili ed economicamente sostenibili, richieste di uscita dal sistema sia anticipate che posticipate rispettando il principio di libertà di ogni singolo iscritto. Ciò è possibile applicando il criterio di equivalenza attuariale tra contributi e prestazioni, che consente

al professionista di superare l'assioma tra età di lavoro ed età di pensionamento, tutto ciò al fine di impedire che le conseguenze della scelta individuale ricadano sugli altri iscritti. Si può così evitare che non ci sia "premialità" per coloro che ritardano l'età pensionabile e neanche penalità per coloro che l'anticipano.

Avendo descritto sinteticamente l'organizzazione del nostro Ente previdenziale ed avendo ribadito l'obbligo legale di tutti gli iscritti all'Albo al versamento dei contributi ad esso, mi vorrei adesso soffermare su alcune riflessioni, prima di tutto ad una riflessione sull'idea di uomo che sta alla base del modello economico dominante, della necessità della formazione di uomini nuovi per coltivare virtù civiche affinché si possa costruire la base sopra la quale una nazione, una regione, un popolo, si sviluppa e cresce economica-

mente e socialmente.

Ed è proprio nel contesto della previdenza, ed ancor più in quella di un Ordine professionale come quello medico, che ciò potrebbe essere messo in atto come momento primo di una nuova cultura della solidarietà, non più scambiata per tassazione o obbligo, ma come nuova visione di rapporto economico solidale nella generazione e tra le generazioni.

Come ultima riflessione vorrei concludere affermando che nessuno di noi può ritenersi vaccinato contro le avversità della vita, né nel periodo giovanile e quindi contributivo, né nel periodo della pensione, e quindi su questa riflessione attivare la predisposizione per una solidarietà autentica. •

(*) *Componente del Comitato Consultivo del Fondo di Previdenza della libera professione Quota B, Rappresentante Unico per il Lazio*

IL CONSENSO INFORMATO IN MEDICINA



Quello del consenso informato, oggetto di grandi discussioni e molti equivoci, è il tema scelto da Eolo Parodi, Marco Perrelli Ercolini e Renato Mantovani per il nuovo CD-rom della Collana Universale Multimediale Enpam.

Infatti, la mancanza di una disciplina espressa e i contraddittori orientamenti della giurisprudenza in tema di intervento medico in assenza di consen-

so rendono estremamente incerta la ricostruzione dei limiti della responsabilità del medico.

Partendo dalla definizione di consenso informato e da alcuni cenni storici, l'opera non manca di toccare temi importanti come il rapporto con i pazienti geriatrici, le normative introdotte da alcune compagnie di assicurazione, il ruolo del medico di famiglia e soprattutto un'ampia e approfondita panoramica della normativa e degli orientamenti giurisprudenziali.

Ed è proprio attraverso l'esame della più recente dottrina e giurisprudenza, che si è sviluppata negli ultimi anni in modo copioso ed esaurientemente chiaro ed univoco, che gli autori hanno voluto trattare i temi relativi al rapporto, spesso conflittuale, tra il consenso informato ed il corretto esercizio della professione medica, fornendo così a tutti i medici, dall'area ospedaliera a quella del convenzionamento, a quelli in attività libero-professionale, un'ampia e approfondita opera sul tema.

Tutela della maternità: l'astensione anticipata

Lavori “pericolosi, faticosi e insalubri”: che cosa prevedono le norme poste a tutela della salute della donna e del bambino. Le linee guida sulla sicurezza varate dalla Commissione Europea

di Marco Perelli Ercolini (*)

La legge di tutela della maternità fa divieto di adibire la donna durante la gravidanza e per sette mesi dopo il parto a “lavori pericolosi, faticosi ed insalubri”.

La lavoratrice in stato di gravidanza va dunque spostata ad altre mansioni e qualora ciò non sia possibile va concessa l'astensione anticipata.

È questo un istituto poco conosciuto.

In casi espressamente previsti dalla legge la Direzione provinciale del lavoro, sia di propria iniziativa, sia su istanza della lavoratrice, può disporre l'astensione anticipata dal lavoro. Talora negli ospedali è la stessa amministrazione a proporla, avendo riscontrato la pericolosità delle mansioni svolte in relazione allo stato di gravidanza della dipendente, non potendola spostare ad altra attività lavorativa, secondo i piani di valutazione di rischio redatti in base ad un esame sistematico di tutti gli aspetti dell'attività lavorativa della donna per identificare le cause probabili di lesioni o danni e stabilire le



modalità per eliminare o ridurre i rischi.

Ricordiamo che la Commissione Europea in ottemperanza alla direttiva 92/85/Cee ha varato anche le linee-guida sulla sicurezza delle gestanti, puerpere o allattanti per valutare il

rischio specifico, rimuovere il pericolo, evitare il rischio, intervenire affinché non subentrino danni alla salute.

In merito all'azione di protezione sul lavoro per le madri o future madri, il datore di lavoro deve infatti

procedere ad una valutazione degli eventuali rischi mediante un esame sistematico di tutti gli aspetti dell'attività lavorativa della donna per identificare le cause probabili di lesioni o danni e stabilire le modalità per eliminare o ridurre i rischi.

Tre sono le principali fasi del processo:

- l'identificazione dei pericoli: agenti fisici, chimici e biologici; processi industriali; movimenti e posture; fatica psicofisica; altri carichi fisici e mentali;
- l'identificazione delle categorie di lavoratrici: gestanti, donne che hanno partorito di recente, madri che allattano;
- la valutazione del rischio in termini sia qualitativi che quantitativi.

Più in particolare il datore di lavoro, una volta informato che una lavoratrice è incinta, deve valutare i rischi specifici cui la donna è esposta e attivarsi per assicurare che non sia esposta ad alcun rischio di salute sia la gestante che il nascituro.

Il datore di lavoro deve pertanto determinare a quali rischi la lavoratrice gestante o puerpera o in periodo di allattamento si trova esposta (compresa la natura, l'intensità e la durata dell'esposizione), rimuovere il pericolo ed evitare il rischio, intervenire tempestivamente ed efficacemente per assicurare che non subentrino danni alla salute, dando anche una informazione alla donna sulle misure che verranno adottate.

Per sette mesi dopo il parto proteggere gli ambienti pregiudizievoli

La lavoratrice gestante ha diritto all'anticipazione del congedo di maternità non solo per condizioni di lavoro ed ambientali ritenuti pregiudizievoli per la salute della donna o del bambino, quando non sia possibile adibire la lavoratrice ad altre mansioni, ma anche per gravi complicazioni della gestazione o preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza.

Per usufruire delle particolari forme di tutela, la lavoratrice addetta ad attività considerate pericolose deve presentare al proprio datore di lavoro il certificato medico di gravidanza con l'indicazione della data presunta del parto o, in alternativa, un'autocertificazione che dovrà comunque essere integrata entro cinque giorni dal certificato medico.

Nel caso, invece, di gravi complicanze della gravidanza o di preesistenti forme morbose che possano aggravare lo stato di gravidanza, la lavoratrice deve presentare specifica domanda alla Direzione provinciale del lavoro competente per territorio, allegando il certificato medico di gravidanza attestante le condizioni previste dall'art. 17, comma 2, lettera a) del

Testo Unico n. 151/2001 (se la Direzione provinciale del lavoro non emette il provvedimento entro sette giorni, la richiesta si intende accolta) e al datore di lavoro, la ricevuta della domanda inoltrata alla Direzione provinciale del lavoro. In caso di dipendenza privata la trasmissione del provvedimento va anche inviata all'Inps.

Anche quando la madre riprende l'attività lavorativa al termine del periodo di astensione obbligatoria dal lavoro deve essere allontanata sino al settimo mese dopo il parto da ambienti pregiudizievoli (in particolare per le donne medico: radiologia, camere operatorie, reparti infettivi, psi-

chiatrici, oncologici) e servizi gravosi (per le guardie notturne l'esenzione è obbligatoria sino al compimento del primo anno di età del figlio e, a richiesta dell'interessata, sino al compimento del terzo anno di vita). In caso di impossibilità di trasferimento ad altre mansioni deve essere disposta l'interdizione dal lavoro.

In particolare, l'ambiente di lavoro deve garantire alle lavoratrici che hanno partorito da poco e che allattano, la possibilità di riposarsi in posizione distesa e condizioni appropriate.

Ricordiamo che per espressa previsione del Dlgs 151/01 le lavoratrici che allattano esposte a radia-

zioni ionizzanti, se non possono essere adibite ad altre mansioni, hanno il diritto ad astenersi dal lavoro anche durante tutto il periodo dell'allattamento e cioè oltre al settimo mese dal parto anche oltre l'anno previsto quale periodo massimo durante il quale è possibile fruire degli ordinari permessi di allattamento. Infatti il periodo di allattamento non coincide necessariamente con il periodo di un anno che decorre dalla nascita del bambino previsto per il godimento dei cosiddetti periodi per l'allattamento e giustificato dalla cura anche affettiva nei confronti del neonato. L'interdizione dal lavoro in caso di esposizione a rischio di contaminazione è legata invece all'effettivo allattamento del bambino.

Il congedo anticipato di maternità e/o l'interdizione post parto va calcolato a tutti gli effetti ai fini dell'anzianità di servizio, delle ferie e della tredicesima mensilità, è utile ai fini pensionistici e previdenziali (Tfr o Inps) ed è considerato attività lavorativa ai fini della progressione di carriera.

Pertanto per tutto il periodo, la lavoratrice ha diritto all'intera retribuzione, compresa la tredicesima mensilità. Sono esclusi solo gli emolumenti la cui corresponsione è strettamente connessa all'effettiva presenza in servizio (ad esempio lavoro straordinario). •

(*) Consigliere Enpam





Il prof. Salvatore Pala

Il professor Salvatore Pala, laureato in Medicina e Chirurgia con lode presso l'Università "La Sapienza" di Roma, dopo un trascorso ematologico è diventato assistente di Dermatologia nel 1979, Aiuto nel 1981 e Professore associato nel 1985. Per diversi anni si è occupato di melanoma e chirurgia dermatologica e si reca in missioni all'estero in Somalia ed Etiopia nell'ottica di un progetto di aiuto sanitario ai Paesi in via di sviluppo. Da alcuni anni dirige il Centro di malattie a trasmissione sessuale presso il Policlinico Umberto I di Roma, Dipartimento di Malattie cutanee e veneree e Chirurgia plastica e ricostruttiva

Sifilide, in aumento i casi riscontrati

di Carlo Ciocci

Fra le malattie a trasmissione sessuale quale posto occupa oggi la sifilide?

Negli ultimi cinque anni nel nostro Centro, dove osserviamo più di duemila casi l'anno, abbiamo riscontrato l'aumento del 75% della sifilide, malattia che sino a poco tempo fa si credeva fosse regredita. Basta questo esempio per poter affermare che è in atto una recrudescenza in generale delle malattie a trasmissione sessuale ed in particolare della sifilide. Tra l'altro, se da un lato la sifilide è una malattia che se diagnosticata in tempo è curabile, dall'altro è difficile il reperimento della penicillina, farmaco specifico per l'ottimale terapia della suddetta patologia. Di conseguenza ci troviamo costretti ad utilizzare i farmaci generici, comun-

que non facilmente reperibili, o rivolgerci all'estero, oppure usare le confezioni pediatriche, che ancora si trovano, moltiplicandone il dosaggio per l'adulto.

Quali sono i provvedimenti da prendere?

Esistono problematiche per le quali i cosiddetti organi competenti sembrano non essere in grado di dare le risposte necessarie per risolvere il problema. Ad oggi sono state fatte varie denunce, inoltrate anche al ministero della Salute, per segnalare il forte aumento di determinate patologie. Allo stato attuale non è stato ancora preso alcun serio provvedimento.

A che cosa è dovuto l'aumento delle malattie a trasmissione sessuale?

Ci sono varie ipotesi. Secondo alcuni sarebbe dovuto all'aumento dei rapporti omosessuali. Tale

motivazione da noi è tenuta in considerazione solo in parte, dal momento che collaborando con urologi, ginecologi ed infettivologi abbiamo una visione più ampia che ci porta a conclusioni diverse. C'è, poi, il discorso della migrazione dai Paesi dell'est Europa, dove la sifilide è quasi endemica e poco curata. Il fatto grave è che le malattie a trasmissione sessuale sono poco considerate dalla popolazione ed a volte misconosciute dagli stessi medici in quanto esiste sull'argomento una scarsa informazione e formazione.

Che cosa si può fare per cambiare questo stato di cose?

Il discorso è complicato. Intanto partiamo dalla scuola per insegnare, come si faceva un tempo, l'educazione sessuale al fine di rendere edotti i ragazzi sui rischi che si possono cor-

rere e come evitarli – tale considerazione merita attenzione anche per il fatto che spesso i genitori dei ragazzi si dimostrano carenti nell'affrontare questi argomenti-. Organizzare poi a livello nazionale corsi di formazione per i medici di base e specialisti che possono trovarsi di fronte a determinate patologie senza sapere quali provvedimenti prendere. Considerare il fatto, apparentemente banale, che i Centri per le malattie a trasmissione sessuale sono pochi e spesso non se ne conosce l'ubicazione. Si prenda in considerazione che nel Lazio il nostro Centro è l'unico insieme a quello del San Raffaele; si immagini se due sole strutture, che raccolgono un'utenza enorme, per il fatto che oltre all'intera regione si rivolgono a noi moltissimi pazienti del meridione d'Italia, possano essere in grado di rispondere adeguatamente alla richiesta di assistenza così numerosa, con un esiguo numero di specialisti strutturati. Vista la situazione, abbiamo deciso di visitare presso il nostro Centro senza appuntamento; la si può giudicare una piccola iniziativa, ma in particolare per coloro che vengono da fuori Roma si traduce nella possibilità di essere visitati senza lunghe attese.

Quali altre patologie a trasmissione sessuale ricorrono più frequentemente tra i vostri pazienti?

Oltre alla sifilide, di cui ho

detto, i condilomi acuminati o papillomi venerei, l'ulcera venerea, il granuloma inguinale, il linfogranuloma venereo, le uretriti e le vulvovaginiti. Analoghi problemi sussistono per tutte le malattie infettive, specie se rare o poco conosciute: caso particolare e recente è stato il paziente affetto dal morbo di Hansen. Si trattava di un giovane proveniente dall'Ecuador il quale, con patologia in atto, non solo era passato indisturbato alla frontiera, con manifestazioni cutanee assolutamente visibili, ma da sei mesi circolava per il nostro Paese trovando anche il tempo di fidanzarsi con un'italiana. Capitato da noi quasi casualmente, è stata posta diagnosi di lebbra lepromatosa, altamente contagiosa, ed inviato presso il centro di riferimento nazionale per tale patologia di Genova.

Cosa può dirci della sua attività di dermatologo nei Paesi africani?

Nel 1987 ho cominciato a recarmi in Somalia come dermatologo. La prima volta mi fermai per tre mesi dirigendo un corso di formazione per medici locali e svolgendo il mio ruolo di medico per la popolazione. Da un paio di anni mi occupo di un progetto per l'assistenza sanitaria nel sud dell'Etiopia, dove si trovano degli ospedali costruiti dai Cappuccini marchigiani. Il problema è che in queste strutture non ci sono medici locali, il governo sembra



non occuparsene troppo. Si pensi, solo per fare un esempio, che esistono regioni di oltre 300mila abitanti dove non vi è un solo medico.

Si tratta di attività in favore del prossimo senza alcun ritorno di nessuna natura: attualmente siamo anche riusciti a formulare una convenzione tra l'onlus "Croce bianca" e la facoltà di Medicina dell'Università di Roma "La Sapienza" per far in modo che, a rotazione, alcuni medici siano sempre presenti sul luogo. Inoltre abbiamo inserito, per i nostri specializzandi del-

l'ultimo anno, dove è previsto l'insegnamento di dermatologia tropicale, la possibilità di svolgere in Etiopia un corso di formazione di almeno mese.

Qual è la situazione assistenziale in questi Paesi?

Deficitaria; inutile dire che si tratta di emergenze spinte all'inverosimile. Cerchiamo di curare malati di sifilide, lebbra, tubercolosi, malaria ecc, in un contesto nel quale non esistono i farmaci necessari. Ricordo un giovane paziente al quale è stato amputato un arto inferiore per il progredire di

un'infezione non curata per mancanza di antibiotici.

Veniamo alla ricerca in campo dermatologico. Ci sono novità?

Nel nostro Centro il professor Antonio Ribuffo fu tra i primi ad occuparsi di ricerca in questo campo e il primo a studiare i linfomi cutanei, scrivendo anche diversi volumi sull'argomento. Attualmente svolgiamo ricerche sul melanoma, sulle cellule staminali, sulla psoriasi, etc. In particolare, ultimamente stiamo studiando una patologia a livello dei genitali: il lichen scleroatrofico. Sempre più spesso ci è dato notare come ad un'infezione cronico-recidivante da Candida, germe apparentemente banale, possa seguire uno stato infiammatorio evolvente in condizione di sclerosi. Bisogna, inoltre, considerare che si è rilevata, nel 22% dei casi, un'evoluzione in carcinoma dell'asta o della vulva. Sull'argomento abbiamo pubblicato articoli e la ricerca è tesa a bloccare da subito le infezioni che, altrimenti, conducono a soluzioni drastiche. Altri studi che effettuiamo mirano a mantenere il pH vaginale a livelli ottimali per prevenire l'insorgere di altre patologie; a tale proposito sono da tenere in considerazione i risultati da noi ottenuti con composti a base di ozono e derivati.

Grazie professore. •

Il prof. Santo Davide Ferrara



Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Padova si è specializzato in "Medicina legale e Tossicologia medica". Ha completato il percorso formativo in Tossicologia medica e forense presso le Università statunitensi di Yale e Stanford. Presso l'Università degli Studi di Padova ha ricoperto la carica di professore incaricato di Antropologia criminale, professore associato di Medicina legale e Tossicologia forense ed Antidoping e professore ordinario di Medicina legale. Sempre a Padova dirige il Centro Internazionale di Tossicologia forense ed Antidoping. Promotore e responsabile di progetti di ricerca scientifica internazionali finanziati dall'Unione Europea, dall'Organizzazione mondiale della Sanità, dall'International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, ha coordinato numerosi programmi di prevenzione, di ricerca e di studio, tra i quali si ricorda la "Campagna di prevenzione per la sicurezza stradale in relazione all'uso ed abuso di alcol e sostanze stupefacenti". È stato autore di oltre 350 pubblicazioni, incluse monografie ed articoli comparsi su riviste nazionali ed internazionali

Valutare la prova scientifica in ambito processuale

L'assenza di linee-guida per verificare la qualità del prodotto consulenziale e peritale ha spinto la comunità scientifica ad ipotizzare un Sistema di certificazione. Ciascuna disciplina dovrà esplicitare il proprio livello di evidenza

Ogni qualvolta in ambito processuale esiste una incapacità tecnica ad acquisire e a valutare dati che sono riconducibili ad una specifica competenza professionale si può richiedere l'intervento di tecnici (periti o consulenti). Ma esiste un sistema di valutazione dell'attività che questi professionisti sono chiamati a svolgere? Ne abbiamo parlato con il professor Santo Davide Ferrara, ordinario di Medicina legale presso l'Università degli Studi di Padova e direttore del Centro di Tossicologia foren-

se ed Antidoping sempre presso la stessa università.

Esistono linee-guida per eseguire le perizie richieste in fase processuale?

Non esiste nulla di preconstituito in merito alla perizia ed alla consulenza tecnica.

Quale unico esponente delle Scienze bio-medico-legali sono stato recentemente invitato ad un seminario, organizzato presso l'Istituto superiore internazionale di Scienze criminali di Siracusa, per affrontare il tema della "Prova scientifica", acquisita od acquisibile dall'Autori-

tà giudiziaria durante le indagini preliminari o nel corso del dibattimento del processo penale.

I convenuti, prescelti per l'elevato livello di competenza nei propri settori disciplinari, hanno condiviso la necessità di linee-guida metodologico - accertative e criteriologico - valutative idonee ad orientare l'espletamento di qualsivoglia consulenza tecnica o perizia, conferite dalle parti processuali in causa o dal Giudice, rispettivamente. Le linee-guida si porrebbero, per il giudice, il pubblico ministero o l'avvocato quale fondamento di cono-

scenza per valutare la qualità dell'operato del consulente e del perito.

Quali sono state le conclusioni di questo seminario?

Si è convenuto di proporre l'istituzione di un Sistema di certificazione della qualità del prodotto consulenziale e peritale, alla stregua di quanto accade nel mondo della produzione industriale e dei servizi, ove ciascun manufatto o servizio reso viene sottoposto a verifica di prestabiliti requisiti di qualità. In altri termini un sistema di controllo della qualità e dell'efficienza del prodotto di ingegno e professionalità reso nel comparto giudiziario da giudi-

Un sistema di controllo della qualità e dell'efficienza del prodotto di ingegno e professionalità



ci, avvocati, consulenti, periti e, più in generale, da operatori ed istituzioni giudiziarie.

Come deve essere questo sistema di certificazione per le consulenze e le perizie?

Esso deve innanzitutto fondarsi sulla esplicitazione del livello di evidenza che cia-

scuna disciplina scientifica è in grado di offrire per specifici temi di interesse investigativo o probatorio.

In altri termini, esso deve dimostrare quale grado di certezza o di approssimazione alla verità possano oggi offrire la criminalisti-

ca, la criminologia, la patologia, la genetica o la tossicologia forense, la psicologia giuridica e, più in generale, tutte le scienze chiamate ad offrire un contributo di conoscenza o di prova nell'identificazione del criminale e nella ricostruzione della dinamica del crimine.

Il sistema di certificazione deve inoltre fondarsi sulla condivisione di linee-guida metodologiche che illustrino come debbano essere eseguite (e poi valutate) le consulenze o le perizie, espletate dagli esperti delle suddette discipline, incaricati da pubblici ministeri, giudici ed avvocati. Il sistema deve infine prevedere un giudizio sul livello di competenza (ovvero una sorta di esame e di voto annuali) raggiunto e mantenuto nel tempo dal singolo consulente o perito.

Parliamo di Tossicologia forense. Sono sempre effettuati test di conferma?

No, anche se dovrebbero. Anche in questo settore la competenza è imprescindibile.

Un consulente tecnico o un laboratorio incompetenti possono produrre risultati non confermati e talora errati, capaci di mettere a repentaglio la libertà e la dignità della persona.

Nel settore della Tossicologia forense la competenza si fonda su elevato livello culturale e su sofisticate tecnologie, tipo quelle sussistenti presso il Centro di Tossicologia forense di Padova.

Se non si possiedono strumentazioni complesse ed esperti di provata competenza ed esperienza, si rischia di commettere errori di rilevante entità. •

C.F.

CENTRO DI TOSSICOLOGIA FORENSE ED ANTIDOPING

Il Centro di Tossicologia forense ed Antidoping dell'Università di Padova è l'unica struttura nazionale invitata a partecipare ad un grande progetto europeo sul rapporto fra uso di farmaci, droghe, sostanze psicoattive ed incidenti stradali dal nome *Driving under the influence of Drugs* (DRUID).

Il Centro si avvale di circa venticinque operatori provenienti da diverse aree disciplinari: medici, biologi, chimici, chimici e tecnici farmaceutici, fisici, informatici, statistici e naturalmente tecnici. "Sono convinto che la scienza possa innovarsi soltanto alla luce dell'interdisciplinarietà. Proprio su quest'ultima ho concepito e rea-

lizzato questa struttura" - ha affermato il professor Ferrara.

L'attività riguarda prevalentemente il campo della patologia forense, ovvero delle lesività sul vivente e sul cadavere. Gli accertamenti effettuati sono sia di tipo macroscopico sia di tipo microscopico. Si effettuano indagini autoptiche, istopatologiche, immunoistochimiche, di microscopia a scansione, di microscopia elettronica ed anche di radiologia forense e, quindi, di autopsia virtuale mediante risonanza magnetica.

Il settore della tossicologia forense si avvale delle tecniche più sofisticate di cromatografia, gas o liquido cromatografiche, abbinate a spettrome-

tria di massa "n volte", con strumentazioni che identificano qualunque agente entri in contatto con l'organismo vivente, anche in tracce infinitesimali. "Queste tecniche consentono di identificare le sostanze xenobiotiche su materiale non biologico, come polveri, compresse, liquidi, o substrati anche solidi, oppure ancora, su materiale biologico prelevato da persona vivente o da cadavere" - ha spiegato il tossicologo.

"Naturalmente c'è anche il mondo del doping per il quale il Centro svolge attività per privati, istituzioni e società sportive impegnate in varie discipline e competizioni" - ha concluso Ferrara.

Vaccini per il meningococco, Italia leader

Ogni anno nel mondo si registrano 1,2 milioni di infezioni da *Neisseria meningitidis*, dei quali 3 mila negli Usa e 7 mila in Europa. Il tributo in giovani vite pagato a questo batterio è particolarmente impressionante nella cosiddetta “cintura della meningite”, corrispondente ai Paesi dell’Africa sub-sahariana (dal Senegal all’Etiopia), dove nel solo 1996 un’epidemia ha fatto registrare 250 mila casi e 25 mila morti

di Maria Rita Montebelli

Nel nostro Paese, sebbene la meningite batterica sia in costante diminuzione, ogni anno se ne verificano circa 900 casi con una mortalità significativa (14%) soprattutto per la forma fulminante, come è accaduto nel focolaio epidemico del Veneto (provocato da meningococco C) lo scorso inverno. A seconda della composizione della capsula polisaccaridica, la *N. meningitidis* viene classificata in 13 sierogruppi, ma i responsabili di quasi tutti i casi che si verificano nell’uomo sono cinque: A, B, C, Y e W135. Il sierogruppo B è responsabile di un caso su 3 negli Usa e del 45-80% dei casi in Europa ed è anche il ceppo più difficile contro il quale realizzare un vaccino visto che espone un polisaccaride capsulare identico all’acido polisialico, componente di molte glicoproteine umane, che gli consente una sorta di mimetismo immu-

nitario. “Per superare questo ostacolo e per accelerare i tempi di individuazione di altri antigeni, da utilizzare come possibili candidati alla realizzazione di un vaccino – ricorda Rino Rappuoli, responsabile mondiale della ricerca della *Novartis Vaccine & Diagnostics* – a metà degli anni ’90 abbiamo avviato una collaborazione con il gruppo del biologo statunitense Craig Venter, al quale abbiamo chiesto di sequenziare il Dna della *N. meningitidis*. Completata la mappatura del genoma di questo batterio, ci siamo trovati tra le mani oltre 1.700 strutture antigeniche. Quelle in grado di evocare una risposta immunitaria (ovvero di provocare la formazione di anticorpi ad atti-

vità battericida) sono in realtà solo qualche centinaio, ma questo ci ha permesso di accelerare notevolmente i tempi e di realizzare a tempo di *record* un vaccino contro il ceppo B, che ha ormai raggiunto il traguardo degli studi di fase 3 e che potrebbe dunque arrivare sul mercato tra appena tre anni”. Il procedimento attraverso il quale è stato realizzato questo vaccino innovativo rappresenta un esempio della cosiddetta *reverse vaccinology*, una nuova branca della vaccinologia, di cui Rappuoli è uno dei pionieri. Quello contro il meningococco di tipo B potrebbe dunque passare alla storia come il primo vaccino realizzato con questa nuova tecnica, dopo che per decenni la vaccinologia tradizionale aveva fallito questo obiettivo. La *reverse vaccinology* potrebbe anche portare presto alla messa a punto di nuovi vaccini contro batteri incapsulati, quali Pneumococco, Stafilococco, Streptococco A. •

**Il sierogruppo B
è responsabile
del 45-80 per cento
dei casi
in Europa**

**RINO RAPPUOLI,
una vita per i vaccini**

La facciata incompiuta del Duomo di Siena – il cosiddetto “Facciato” – rappresenta una sorta di monumento al devastante impatto che possono avere le malattie infettive sull’umanità. L’ondata di peste che investì la città nel 1348 ne decimò infatti la popolazione, portandola da 100mila a 30mila abitanti, distruggendo al contempo uno dei miracoli economici dell’epoca. A distanza di sette secoli un suo illustre cittadino, Rino Rappuoli è uno dei punti di riferimento mon-

**TADATAKA YAMADA,
la ricerca scientifica da
tutte le angolazioni**

Oggi è il presidente del *Global Health Program* della *Bill & Melinda Gates Foundation* ma nella sua vita si è occupato, e sempre con grande successo, di tante altre cose. Tadataka Yamada, tanto per cominciare, è uno dei più famosi gastroenterologi del mondo – autore di uno dei testi sacri di questa branca della medicina – *Past President* dell’*American Gastroenterological Association* e dell’*Association of American Physicians*. Dal 1994 ha abbandonato la vita accademica per dedicarsi alla ricerca privata.

diale nello studio dei vaccini, anche di quello contro la famigerata influenza aviaria, che minaccia di essere la peste del XXI secolo. Nato nel 1952 a Radicofani (Siena), Rino Rappuoli si è laureato nel 1976 in Scienze Biologiche all'Università di Siena.

Ha effettuato in seguito ricerche nel campo dei vaccini presso la *Harvard Medical School* di Boston e la *Rockefeller University* di New York, dove ha lavorato nel laboratorio di Emil Gotschlich, uno dei pionieri degli studi sul vaccino anti-meningococco.

Da sempre impegnato nel campo dell'immunologia e dello sviluppo di vaccini contro gravi malattie di origine virale o batterica, Rino Rappuoli è uno dei fondatori della microbiologia cellulare, disciplina che unisce biologia cellulare e microbiologia, ed è fra i pionieri della *reverse vaccinology*, tecnica innovativa che consente di produrre vaccini partendo dal genoma, una tecnologia che consente di sviluppare vaccini non realizzabili con le metodiche classiche.

Tra i suoi numerosi successi vanno ricordati il vaccino influenzale adiu-

vato, quello coniugato contro la meningite di tipo C e il primo vaccino ricombinante contro la pertosse. Rappuoli è autore di oltre 400 lavori scientifici originali (pubblicati tra l'altro su *Nature*, *Science*, *Pnas*) e di diversi libri. Nel 2005 il presidente della Repubblica Italiana Carlo Azeglio Ciampi gli ha conferito la Medaglia d'oro al merito della Sanità pubblica per i suoi studi pionieristici dedicati allo sviluppo di un vaccino in grado di proteggere da una pandemia di influenza.

Nel 2006 Rappuoli è stato nominato membro del-

la *National Academy of Science* statunitense, la più antica e autorevole istituzione scientifica degli Stati Uniti.



Rino Rappuoli, fondatore della microbiologia cellulare e pioniere della *reverse vaccinology*

Recatosi presso la *Bill & Melinda Gates Foundation* alla ricerca di fondi per il centro di Tres Cantos (un polo di ricerca de-



Tadataka Yamada

dicato in particolare alla ricerca di farmaci e vaccini contro malaria, Tbc e Hiv/ Aids), lo scienziato giapponese è rimasto così affascinato dalla personalità di Bill Gates e dalle attività della sua Fondazione, sulla quale nel frattempo era piovuta la donazione milionaria del magnate americano Warren Buffett (1,5 miliardi di dollari l'anno), da decidere di inaugurare una terza fase della sua vita, dedicandosi alla vita della Fondazione.

In qualità di presidente del settore *Global Health*, Yamada non nasconde il suo entusiasmo: "Il bello di lavorare per questa Fondazione, oltre alla ovvia soddisfazione di salva-

re ogni giorno vite umane e migliorare le condizioni di vita dei più deboli, è che il nostro modo di procedere è molto rapido. Non siamo un'agenzia governativa, vincolata ad un'agenda politica, né un'agenzia delle Nazioni Unite, appesantita da farraginosità burocratiche. Quando penso di avere tra le mani un buon progetto, mi basta mezz'ora di presentazione all'interno della nostra Fondazione per vedermi stanziare milioni di dollari. Non abbiamo paura di sbagliare e il nostro unico giudice sarà l'umanità: il nostro principio ispiratore è che ogni vita ha lo stesso valore". Il *Program for Appropriate Technology in Health* e

l'Organizzazione mondiale della Sanità stanno lavorando contro questa terribile minaccia attraverso una partnership, il *Meningitis Vaccine Project* (MVP), nato nel 2001 grazie ad un *grant* di 70 milioni di dollari della *Bill & Melinda Gates Foundation*.

Obiettivo di questa alleanza è la ricerca, lo sviluppo, la registrazione e la diffusione ad ampio raggio di un vaccino in grado non solo di bloccare le epidemie, ma di prevenirle.

Il sogno è quello di mettere a punto un vaccino efficace contro la meningite a costi sostenibili, circa 40-50 centesimi di dollaro a dose.

Costruire ospedali in una società "divisa"

di Ezio Pasero

"Non ci conosciamo bene", ha commentato il cardinale francese Jean-Louis Tauran, il ministro del Vaticano per i rapporti con le altre Fedi. "Finora, in un anno, io mi sono occupato soltanto di Islam...". Le sue parole, dopo l'uccisione di due cristiani bruciati vivi dagli ultrà indù nello stato di Orissa, nell'India nord-orientale, hanno aperto uno squarcio nel velo di silenzio e indifferenza che avvolge quanto accade nel gigantesco sub-continente asiatico. Silenzio e indifferenza che non riguardano solo tutto ciò che attiene alla sfera religiosa. E che sono tanto più incomprensibili e colpevoli se solo si pensa che l'India, grande all'incirca dieci volte l'Italia e con una densità demografica più o meno doppia, con il suo miliardo e cento milioni di abitanti è già ora di gran lunga più popolata dell'intera Africa; e che entro neppure cinquant'anni avrà addirittura superato la Cina, la quale avrà doppiato nel frattempo il traguardo del miliardo e mezzo di abitanti. Nonostante possa apparire una contraddizione, l'India è al tempo stesso un Paese poverissimo e ricchissimo. Poverissimo, se si pensa che il suo reddito pro capite nominale an-



nuo è di 977 dollari; ricchissimo, se si considera invece che il tasso di crescita del suo prodotto interno lordo è stato lo scorso anno del 9,4 per cento e che, misurata in termini di parità del potere d'acquisto, l'India è la quarta potenza economica del mondo, con 4.726 miliardi di dollari. Dei suoi 516 e passa milioni di lavoratori (la seconda più grande forza lavoro dell'intero pianeta, dopo quella cinese), il 60 per cento sono impiegati nel settore agricolo

e industrie connesse, il 28 nei servizi e il 12 nel settore industriale. E proprio in questi pochi numeri sta una delle chiavi di lettura utili per capire non solo la tragedia dei due missionari laici bruciati vivi, ma anche i contrasti e i rischi che tutte le missioni umanitarie si trovano a dover affrontare nei confronti della maggioranza indù della popolazione. Contrasti e rischi, è bene precisare, che hanno poco a che vedere con i problemi di fanatismo religio-

so, come accade sovente nei Paesi islamici, quanto piuttosto con il tradizionale sistema culturale e sociale sul quale si basa gran parte dell'economia indiana e che queste missioni rischiano di sconvolgere. Così, le organizzazioni che si oppongono al cambiamento e alla modernizzazione del Paese, a cominciare dal *Bharatiya Janata*, il partito di estrema destra indù, strumentalizzano gruppi di persone poverissime e ignoranti, facili prede del fanatismo religioso.

A spiegarlo con chiarezza, il giorno dopo la tragedia nello Stato di Orissa, è stato un missionario indiano che vive e lavora proprio in quella regione, Anthony Thota, da quindici anni sacerdote del Pontificio istituto missioni estere. "I cristiani sono nel mirino perché aiutano i poveri", ha detto. "E il fanatismo è diventato ormai la nostra normalità. I motivi principali sono due: il primo è che i cristiani lavorano per migliorare le condizioni di vita dei *dalit*, gli intoccabili. Noi educiamo i bambini e le loro famiglie, costruiamo scuole, ospedali, orfanotrofi come quello che è stato attaccato appunto a Orissa, nella diocesi di Sambalpur. Cerchiamo, insomma, di dare ai poveri un futuro migliore. Ma il sistema indù si regge sull'immobilità delle caste, il suo presupposto è cioè che i *dalit* rimangano schiavi e ignoranti, poverissimi e senza futuro, manodopera a buon mercato per i lavori a giornata. Siccome

però non ci possono accusare di voler migliorare le condizioni di vita della popolazione, allora ci accusano di proselitismo, perché alcuni abitanti del luogo, vedendo ciò che facciamo, si convertono. Non è un problema solo nostro. Noi abbiamo buoni rapporti sia con gli islamici che con i maoisti, la cui presenza al nord, verso il Nepal, è consistente. Questi ultimi, proprio come i cristiani, sono impegnati nell'aiutare i poveri. E anche loro, per questo motivo, vengono presi di mira dai fanatici indù". Risale a oltre 2.500 anni fa la divisione della popolazio-

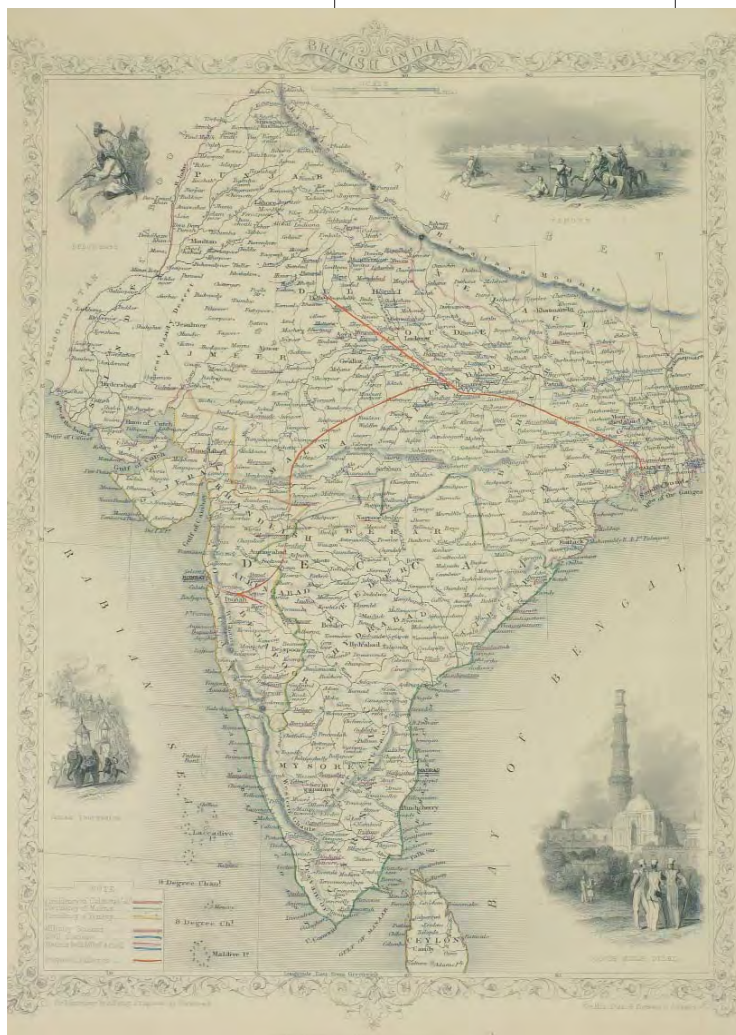
ne indiana in caste. Il termine con cui vengono chiamate in India è *varna*, una parola di origine sanscrita che significa "colore" e che si riferisce a quando, all'inizio del terzo millennio avanti Cristo, le tribù indoeuropee degli Ariani diedero inizio alla loro penetrazione nella parte nord-occidentale dell'India, sottraendo le popolazioni indigene di pelle scura. Nonostante le caste siano state teoricamente abolite dalla Costituzione moderna del Paese, continuano a essere uno dei pilastri della sua società, soprattutto nelle campagne e nelle zone più ar-

retrate, e il sistema si è anzi consolidato con una serie di numerose sottocaste che solo in teoria avrebbero lo scopo di tutelare i diritti di coloro che ne fanno parte. Caste, è poi il caso di sottolineare, alle quali si accede per diritto di nascita e alle quali si apparterrà per tutta la vita, secondo un ordine immutabile che non prevede in alcun modo il passaggio da una all'altra, neppure con il matrimonio o nel caso di grandi successi o fortune personali. Sono comunque quattro, tradizionalmente, le grandi caste in cui è suddivisa la società indiana, sulla base

delle professioni che si tramandano di padre in figlio: i *Brahmini*, che sono sacerdoti e insegnanti; i *Kshatriya*, capi militari, guerrieri e amministratori; i *Vaishya*, agricoltori, commercianti e uomini d'affari, e i *Shudra*, artigiani e operai. Poi, al di fuori di queste quattro categorie, ci sono i *Paria*, cioè intoccabili, che erano stati definiti in vario modo finché si era convenuto di chiamarli *dalit*: e cioè i fuori casta, infimi tra gli infimi, talmente impuri che se qualcuno li sfiora anche solo accidentalmente deve andare immediatamente a purificarsi, senza diritti e senza futuro, addetti ai lavori più umili. Un esercito spaventoso di disere-

dati senza altra speranza che la morte, visto che, secondo le dottrine induiste, la casta nella quale un individuo nasce è il risultato delle sue azioni in una vita precedente e quindi le ineguaglianze fra gli uomini sono motivate da azioni passate e hanno un valore solo provvisorio: valgono cioè fino alla morte, appunto, e alla successiva reincarnazione.

Combattono soprattutto contro questa visione antica e immobile della società che ancora governa il gigantesco subcontinente indiano, i missionari e i volontari che si recano nelle zone più povere per costruire scuole e ospedali, per allestire e gestire orfanotrofi come quello che è stato preso d'assalto in Orissa dai fondamentalisti indù. Il fanatismo religioso, certo, svolge il suo ruolo: "I missionari cristiani usano come copertura le loro opere sociali per convertire i poveri di tutta l'India" – aveva accusato Rajnatt Singh, capo del Partito nazionalista indù. In effetti, sembrano sempre più numerosi i *dalit* che scelgono una nuova Fede per sottrarsi alla loro condizione di emarginati. Ma il fondo del problema rimane economico e sociale, non religioso. Così in Orissa, come in altri stati indiani, sono state varate apposite leggi anti-conversione: per cambiare religione ci vuole un'autorizzazione speciale del magistrato distrettuale. •



Un medico chiamato tulipano

Claes Pietersz, meglio conosciuto come Nicolaes Tulp, è il protagonista del celebre dipinto di Rembrandt *Lezione di anatomia*.

Praelector anatomiae della gilda dei chirurghi di Amsterdam, definiva l'autopsia "l'occhio della Medicina, il mezzo per portare alla luce la verità"



Rembrandt, "Lezione di anatomia del dottor Tulp", 1632

di Luciano Sterpellone

Aveva appena 26 anni, il pittore fiammingo Harmenszoon van Rijn Rembrandt, quando all'inizio del 1632 il professor Claes (Nicolaes) Pietersz, celebrato medico di Amsterdam, gli chiese di ritrarlo durante una delle sue famose lezioni di anatomia. A quel tempo, anche in Olanda le varie Corporazioni erano molto potenti, e cia-

scuna amava immortalare i propri esponenti più in vista: così, anche Pietersz volle offrire un quadro alla Corporazione cui apparteneva.

Nacque così la *Lezione di anatomia*, oggi esposta alla Mauritshuis dell'Aia, in cui campeggia in primo piano proprio lui, Pietersz, meglio noto con lo pseudonimo di Tulp (in fiammingo "tulipano", emblema della propria casa paterna).

Dal 1611 al '17 Pietersz (è qui più semplice chiamarlo Tulp), lavorò come *praelector anatomiae* all'Università di Leyden, ove si era laureato, per passare poi ad Amsterdam, dove si trattenne sino al 1653.

Il famoso dipinto di Rembrandt non viene in questa sede citato per il suo inestimabile pregio artistico, bensì perché denso di notizie di interesse medico-storico, che solita-

mente sfuggono ad una prima osservazione.

Quel che per primo salta agli occhi è che, mentre in alcuni precedenti quadri del genere Tulp appare sempre come *parte* del gruppo, mai come protagonista, questa volta tro-neggia in primo piano come "il Maestro" che insegna ai suoi "allievi" o colleghi. Lui parla e gli altri ascoltano, desiderosi di apprendere. Prova evidente che ancor prima di toccare la quarantina Tulp era già un "pezzo importante". Inoltre, diversamente da quanto avveniva in passato quando nei dipinti "di gruppo" si tendeva soprattutto a indicare la professione dei personaggi, qui l'artista ha voluto rappresentare non tanto o soltanto dei protagonisti, ma principalmente un evento vivo, reale e palpitante quale era per l'appunto una *Lezione di anatomia*.

Per di più, mentre in quasi tutte le antecedenti opere di iconografia medica la dissezione esprimeva il concetto dominante legato ancora all'imperativo *socratico* del "Conosci te stesso", Rembrandt ha voluto sottolineare il concetto religioso che sottendeva la Medicina del tempo, insito nell'assioma *Cognitio sui, cognitio Dei*.

Soltanto nel 1555 Filippo II aveva dato il permesso di "far l'anatomia dei cadaveri", naturalmente solo dei condannati a morte. Ma erano ancora vive molte resistenze da parte di



Nicolaes Elias Pickenoy, "Il dott. Tulp", 1633

medici e intellettuali, tant'è che uno dei più eminenti anatomisti olandesi, Pieter Paauw, in ventidue anni di insegnamento era riuscito a procurarsi solo una sessantina di cadaveri. Non erano infatti pochi, anche tra i medici più illustri, a considerare le dissezioni dei cadaveri "crudeltà inutili esercitate dai vivi a danno dei morti", se non addirittura "profanazioni sacrileghe", sostenendo a favore della propria tesi che l'antichità, che pure annoverava medici valentissimi, non aveva mai conosciuto "quelle stanze di tortura pei morti" che erano le sale anatomiche. Ora invece, con il fiorire di una disciplina che era riuscita da poco tempo a trionfare su opposizioni religiose, giuridiche e pregiudizievoli, le dimostrazioni anatomiche - divenute finalmente legali - furono amplificate, valorizzate e ospitate in appositi luoghi spesso son-

tuosi, i "Teatri di Anatomia".

Occorre tuttavia tener presente che, diversamente da quanto si pensa, il professor Tulp non era affatto quel che suol dirsi un chirurgo, né tantomeno un anatomista "professionista": egli stesso si definiva piuttosto un "medico generico interessato alla patologia", che attra-

verso la ricerca anatomica voleva indagare sulle cause dei sintomi e delle malattie. Sotto questa luce, il cadavere perde allora finalmente la sua tragicità per divenire "dramma" al di sopra del quale predomina e si sviluppa la ricerca scientifica. Tulp considera quindi l'autopsia non (come sino a pochi anni prima) come routinaria dissezione (magari anche pubblica!) dei cadaveri (spesso sani) di criminali impiccati o di qualche delitto, bensì un'indagine "medica", "l'occhio della Medicina - come diceva -, il mezzo per portare alla luce, dalle tenebre, la verità". In ultima analisi, l'esame autoptico come mezzo di "rivelazione della presenza divina nel corpo umano". Non a caso, nel suo testo di patologia definisce l'essere umano *Homo animal perfectissimum* e *Homo animal vere divinum*.

Di conseguenza, l'accosta-

mento fatto da molti storici di Tulp a Vesalio ("Tulp il Vesalio di Amsterdam") è quantomeno approssimativo per il fatto che Tulp non era né si considerava anatomista. Egli non scrisse mai alcun libro di anatomia, ma solo di patologia e di medicina (*Observationum medicarum*), divenendo ad esempio uno dei pionieri degli studi sul beri-beri e descrivendo l'anatomo-fisiologia della valvola ileocecale (*valvola di Tulp*). Un'altra interessante osservazione che emerge dal dipinto di Rembrandt è il gesto che Tulp fa nell'indicare l'anatomia topografica dei muscoli dell'avambraccio. Anche questo non a caso. Il pittore, interessato a quella che oggi chiamiamo "anatomia artistica", sapeva che egli aveva studiato a fondo l'anatomia dei muscoli della mano, chiarendo anche alcuni secolari problemi; e accolse con immenso piacere la richiesta di dipingere il quadro, immortalando il Maestro in un sobrio gesto che sta tra l'avvenuto rilievo di un particolare e il problema che questo ha subito sollevato. Gli astanti si mostrano attentissimi, ma ciascuno ha un'espressione diversa: chi pende dalle labbra del Maestro, chi, come quello in basso vicino a lui, tenta con un significativo aggrottamento delle ciglia di capire meglio. L'altro vicino al cadavere sta seguendo il punto della dissezione che

Tulp indica con le forbici.

Dietro di loro, un collega si curva lievemente come per meglio vedere o forse per meglio ascoltare. Quel che comunque conta è il "senso di aggruppamento" che Rembrandt riesce a dare all'intera *équipe* degli studiosi, i cui nomi (com'era consuetudine del tempo) sono contrassegnati da numeri sulle singole teste.

Ma, scienziati a parte, c'è un nome che nessuno ricorda quando si ammira questo capolavoro della pittura: il nome del protagonista, cioè del cadavere: Adrian Adriaensz, condannato a morte. Sarebbe bene memorizzarlo.

Tulp non fu però solo un medico: fu anche umanista, magistrato e influente uomo politico. Due anni prima di morire (1674) aveva ancora tanta energia da indurre il Consiglio della sua città a rifiutare recisamente la resa alle truppe di Luigi XIV che avevano invaso l'Olanda. La *Lezione di Anatomia del professor Tulp* ebbe immediatamente enorme successo. Tutti vollero ammirarla, tutti l'apprezzarono, e le richieste di opere del genere si moltiplicarono rapidamente: sull'eco del successo, in quello stesso 1632, Rembrandt (che avrebbe poi trascorso i suoi ultimi anni in piena povertà) ne dipinse dieci, e nei due anni successivi un'altra trentina.

Quando si dice la pubblicità. •

Medicina Innovativa: linee strategiche per i prossimi cinque anni

di **Francesco Beltrame (*)**
e **Gianluigi Condorelli (**)**

Nell'area della ricerca biomedica, la ricerca e l'innovazione in grado di generare valore derivano in larga misura e in modo crescente dalle applicazioni di tecnologie convergenti quali l'informatica, la chimica, la fisica, la biologia molecolare e la biologia cellulare. L'"iniziativa" Europea *Joint Undertaking* denominata IMI "*Innovative Medicine Initiative*" (per informazioni: http://imi.europa.eu/index_en.html) alla quale l'Italia partecipa, rappresenta il punto di arrivo del lavoro svolto dalla Piattaforma Tecnologica Europea (ETP, European Technology Platform) sullo stesso settore per diversi anni, un tavolo di lavoro di attori pubblici e privati che ha definito una Agenda Strategica di Ricerca sul breve, medio e lungo periodo (prossimi 20 anni), comprensiva degli aspetti di formazione del capitale umano per raggiungere i risultati previsti, con la messa a fattore comune di tutte le risorse disponibili, pubbliche e private, locali, nazionali, internazionali, Banca Europea per gli Investimenti (BEI), *venture capital*, ove esistente. Questo articolo descrive in modo sintetico le linee di ricerca che il Consiglio Nazionale

delle Ricerche (CNR) ritiene strategiche per rendere competitiva l'Italia nel settore della Medicina Innovativa. Di seguito sono elencate le macroaree di intervento.

Bioinformatica e Biologia Molecolare applicate alla Medicina

Diverse tecnologie hanno generato un'enorme quantità di dati facendo sì che la biologia, stia rapidamente evolvendo verso una scienza che non può fare a meno delle più avanzate tecniche di gestione dell'informazione e delle comunicazioni (ICT, *Information and Communication Technologies*). Una nuova fase nella comprensione delle malattie è data dalle nuove tecniche di sequenziamento del DNA. Tra pochi anni, è prevedibile che verrà sequenziato di routine il genoma umano di un singolo individuo, con costi prevedibili di poche migliaia di euro. Pertanto, è necessario essere in possesso di strumenti di *knowledge management* per valutare, combinare e visualizzare questa grande mole di dati, e soprattutto accedere velocemente agli stessi, attraverso reti adeguate di *supercomputers* dedicati e di normali *personal computer* per consentire l'accesso al singolo ricercatore. In tal senso, la progressiva evoluzione di Internet e Web secondo il mo-

dello europeo dell'Internet dei Servizi, rappresenta un sicuro punto di riferimento. L'approccio descritto è fondamentale per generare nuovo valore, sul ruolo dell'eredità nella diversa risposta ai farmaci (farmacogenomica) e sulla complessa interazione tra fattori genetici e ambientali in molte malattie comuni.

System Biology

Nel corpo umano, tutte le componenti biologiche lavorano assieme per promuovere lo sviluppo normale e mantenere in salute l'organismo. Ciò avviene attraverso *pathways* molecolari di alta complessità, che regolano la comunicazione tra geni, molecole e cellule. Le interazioni tra molti di questi *pathways*, così come il loro coinvolgimento nelle malattie, sono oggi alla frontiera della conoscenza. Uno degli sforzi principali consisterà nel capire – attraverso la messa a punto di opportuni e complessi modelli, simulazioni al computer ed esperimenti *in vitro* e *in vivo* – come alterazioni di tali *pathways* possano determinare la malattia e quali interventi debbano essere fatti per riportare a norma le diverse situazioni. Uno dei più importanti approcci per raggiungere questo obiettivo è rappresentato dalla proteomica, ovvero lo studio del complesso delle proteine

codificate dal genoma di un organismo, comunemente definito "proteoma". Un'altra area importante riguarda l'utilizzo di nuovi *tools* analitici per comprendere meglio le componenti e i network metabolici all'interno della cellula (metabolomica), comunemente definito "metaboloma". Sia la proteomica sia la metabolomica possono portare allo sviluppo di nuovi *bio-markers* di malattia, importanti per la diagnosi precoce delle malattie stesse. Di ulteriore e più generale interesse è anche lo studio delle interazioni tra i diversi componenti cellulari nell'ambito dell'interatomica molecolare.

Librerie molecolari, farmaci "intelligenti" e tecniche di immagine

Lo studio delle funzioni a livello molecolare, cellulare e *in vivo* ha un grosso *input* dall'identificazione di molecole della dimensione di 500 daltons o meno. Una sfida fondamentale consisterà nell'identificazione di piccole molecole che modulino in modo efficace determinati processi biologici. Al momento, i ricercatori debbono analizzare sistematicamente migliaia di molecole per identificare con successo un bersaglio per una determinata molecola chimica. Questo processo è conosciuto come HTS, High Throughput

Screening. Occorre inoltre creare modelli tridimensionali e dinamici di proteine bersaglio sui quali disegnare piccole molecole (biologia strutturale). A questo si deve aggiungere la necessità di creare un *centro di tossicologia* che consenta una migliore predizione dell'ADME (Assorbimento, Distribuzione, Metabolismo ed Escrezione) e le proprietà tossiche di nuove molecole. Lo scopo è di ridurre il *trial and error testing* che è la causa principale di perdita di tempo, risorse economiche e dei fallimenti impiegati nel far sì che nuove piccole molecole diventino farmaci veri e propri. Gli studi volti all'identificazione del *target* trovano un grosso settore di applicazione anche nell'*imaging* molecolare, ove vanno impiegate risorse per individuare metodi di visualizzazione *in vivo* e non invasivi (trasferibili all'uomo) di tali molecole e delle loro modificazioni nel tempo spontanee o causate da vari fattori. L'impiego di queste tecniche è molto vasto (dalla diagnosi all'identificazione di fattori predittivi della risposta farmacologica) e adattabile a una larga varietà di malattie e di funzioni biologiche.

Microbioma umano

Nel corpo umano, i microbi sono presenti in misura dieci volte maggiore rispetto alle cellule umane. Molti di questi batteri sono però poco studiati, così come l'interazione tra le differenti specie che compongono

le comunità batteriche (microbioma). La difficoltà nell'identificare questi batteri sta anche nel fatto che, una volta fatto il prelievo, si perdono le caratteristiche del microambiente. Le nuove tecnologie di sequenziamento genetico consentono però di analizzare intere comunità batteriche (metagenomica), anche di quelle che non possono crescere in coltura, con prelievo diretto dal microambiente naturale o patologico. Ciò può avere risvolti importantissimi sia per identificare batteri resistenti ad antibiotici difficilmente coltivabili *in vivo*, sia per fornire informazioni importanti sulla composizione e sulla complessità delle comunità di batteri umani.

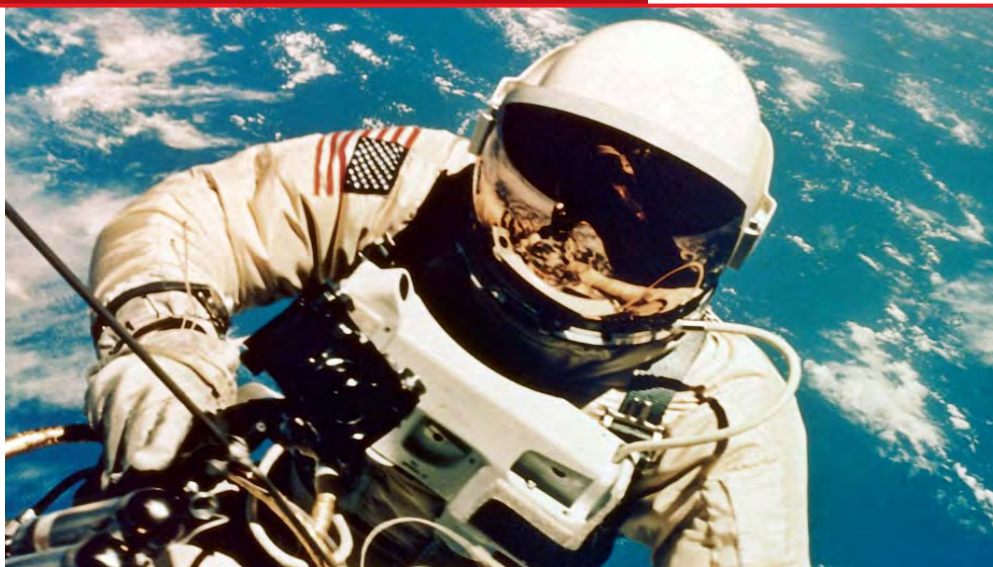
Nanomedicina e medicina rigenerativa personalizzata

La nanomedicina è una derivazione delle nanotecnologie e si riferisce a interventi altamente specifici su scala molecolare per curare le malattie o per riparare i tessuti danneggiati. E' a queste dimensioni, circa 10 nanometri o meno, che le molecole biologiche e le strutture all'interno delle cellule viventi operano. La nanomedicina include la creazione e l'uso di materiali e *devices* a livello di molecole e atomi. Un aspetto importante della nanomedicina riguarda la quantizzazione (grandezza, numerosità, velocità) degli eventi che accadono nelle strutture intracellulari. Ciò è importante se si vuole arrivare a definire *tools* diagnostici e strutture ingegnerizzate su nanoscala per trattamenti più specifici su tessuti danneggiati. Infine, grandi speranze sono poste nella generazione di *devices* nanometrici che consentano il rilascio di farmaci su precisi *target*

cellulari. Un'enorme opportunità nella medicina riguarda poi la possibilità di sostituire cellule o tessuti di organi insufficienti, come nelle malattie cronico-degenerative, con nuove cellule o tessuti. Recentemente è stata messa a punto una rivoluzionaria tecnologia, che consiste nel generare, attraverso la traduzione di pochi geni embrionali, nuove cellule progenitrici (iPS, induced Progenitor Cell), utilizzando cellule della pelle di individui umani. Questa tecnologia ha superato d'un sol colpo i problemi etici collegati all'utilizzo di cellule staminali embrionali e al contempo quelli collegati alla compatibilità tra donatore e ricevente. Per far diventare realtà terapeutica le iPS, è però necessario implementare la ricerca su sistemi di amplificazione di resa per cellule specializzate derivanti dalle iPS. •

(*) **Francesco Beltrame** si è laureato in Ingegneria Elettronica presso l'Università degli studi di Genova nel 1977 (110/110 e lode). Dal 1977 al 1979 Visiting Scientist presso la Temple University, Philadelphia, USA. Dal 2003 è professore ordinario di Bioingegneria presso la Facoltà di Ingegneria dell'Università degli studi di Genova. Delegato italiano del MIUR nel II, III, IV e VI Programma Quadro della UE nel settore ICT. Dal 1996 valutatore di progetti di ricerca industriale per il MIUR (FAR) e per il MAP (FIT). Dal 1996 delegato del MIUR per l'OCSE. Dal 2004 al 2006 membro della Commissione FIRB del MIUR. Dal 2005 Presidente del CTS del MIUR per la Ricerca Industriale (legge 297/99). Dal 2006 Direttore del Dipartimento ICT del CNR. Dal 2007 membro del Comitato CT/46 del MISE e membro del Consiglio Superiore delle Comunicazioni. Autore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche su riviste, libri e atti di convegni, internazionali e nazionali, e titolare di un brevetto per invenzione industriale.

(**) Il prof. **Gianluigi Condorelli**, laureato nel 1989 a Napoli in Medicina e chirurgia presso l'Università Federico II, è direttore del Dipartimento di Medicina del Consiglio nazionale delle ricerche. Professore in aspettativa presso l'Università "La Sapienza" di Roma, Adjunct Professor presso la University of California San Diego. Specializzato in Cardiologia. Già direttore scientifico dell'Irccs Multimedica, Milano (malattie cardiovascolari).



Osteoporosi, un problema anche per gli astronauti

La nostra struttura ossea è deperibile e viene devastata dall'assenza di gravità. La decalcificazione sarebbe il risultato dell'azione di una ridotta forza di gravità combinata con l'ipotrofia muscolare

di Daniele Romano

Nicole Buckley, Direttrice del Settore Scienze fisiche e della vita presso l'Agenzia spaziale canadese, ha affermato che gli astronauti nello spazio possono perdere, in un mese, fino al 2 per cento della massa ossea, il che rappresenta una percentuale molto più elevata rispetto alla perdita di massa a cui sono soggetti i pazienti affetti da osteoporosi. E gli effetti tendono ad essere irreversibili. Nei viaggi spaziali gli astronauti vengono a trovarsi in condizioni di microgravità. Già nelle prime due settimane una grande quantità di calcio viene espulsa nelle urine (la cosiddetta ipercalcemia). Questi effetti col-

lateralmente inevitabili, finora non avevano mai rappresentato un problema reale, vista la relativa brevità delle missioni spaziali. Gli astronauti operano e vivono in condizioni di microgravità, ma allo stesso tempo svolgono una ridotta attività fisica. Il processo di decalcificazione ossea sarebbe il risultato dell'azione di una ridottissima forza di gravità combinata con l'ipotrofia muscolare. L'osteoporosi spaziale sembra però diversa da quella terrestre. "Gli studi condotti sulle donne in menopausa - dice Prisco Piscitelli, direttore del laboratorio di ricerca sull'osteoporosi (Osteolab) - hanno dimostrato che l'assunzione regolare di integratori di calcio e vitamina D3, che aumenta l'assorbimento in-

testinale di questo elemento, è in grado di prevenire la perdita di massa ossea all'incirca dell'1% all'anno". Al contrario, "gli esperimenti condotti sugli astronauti della missione Mir97 - ricorda Piscitelli - indicano che anche l'assunzione di elevate dosi di calcio e vitamina D3 non era in grado di frenare l'osteoporosi". Secondo Giovanni Iolascon - ricercatore fisiatra dell'università Federico II di Napoli - "gli integratori 'terrestri' non funzionerebbero tra le stelle. Neppure l'esercizio fisico o i farmaci sembrerebbero garantire gli stessi benefici sperimentabili ottenibile sulla cara e vecchia Terra".

Per il professor Renato Dall'Aglio dell'Università Statale di Milano, Centro Ozo-

noterapia del dolore neuropatico Ospedale S. Angelo Lodigiano, "l'ozonoterapia ha dimostrato la capacità di riparare la carie dentale e di rigenerare nuova dentina inattaccabile dalla carie, confermando e rinforzando le osservazioni dell'attività calcitoninosa che agisce come stress ossidativo controllato, capace di potenziare gli effetti della Roentgen terapia di 2,4 volte. Il progressivo diffondersi dell'ozono nelle sindromi da conflitto disco radicolare conferma il concetto che uno stress radicalico controllato favorisce il metabolismo dell'osso. In definitiva il più breve tempo di ossificazione fatto registrare dalle immobilizzazioni instabili delle fratture delle ossa lunghe, sembra avallare il concetto che brusche variazioni di sollecitazioni compressive possano mimare il principio della ischemia-riperfusion alla base di tutte le reazioni di radicali liberi della fisiopatologia." "L'osteoporosi indotta da assenza di gravità non risponde ad interventi basati unicamente sullo stile di vita, ma necessita di interventi farmacologici con i farmaci oggi a disposizione per l'osteoporosi e che in futuro andranno valutati con i modelli di assenza di gravità" conclude la professoressa Maria Luisa Brandi, ordinaria di endocrinologia e malattie del metabolismo dell'Università degli studi di Firenze. •



Esportare all'estero l'“italian style” chirurgico

Dirigente sanitario di I livello della Chirurgia toracica dell'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma, Giuseppe Cardillo racconta la sua esperienza professionale presso alcuni nosocomi del Regno Unito

Dopo essere risultato vincitore di un bando di concorso internazionale, pubblicato sul British Medical Journal (che rappresenta la gazzetta ufficiale sanitaria inglese), ed espletato - dopo selezione dei titoli - da un panel di 5 esaminatori, sono stato nominato il primo maggio dello scorso anno “Locum Consultant Thoracic Surgeon” presso gli Ospedali Universitari di Leicester e Glenfield Hospital.

Alcuni di questi Centri rappresentano delle eccellenze della chirurgia toracica inglese e sono noti in tutto il mondo per la cura del mesotelioma e di altre patologie oncologiche toraciche. L'incarico di Locum, tem-

po determinato, era per 6 mesi.

Tale qualifica, “Locum Consultant Thoracic Surgeon”, come certificato dal Consolato italiano in Inghilterra, rappresenta un incarico Primario, parificato al Direttore di Struttura complessa nelle nostre aziende ospedaliere.

Il Consultant costituisce l'elemento apicale delle strutture mediche inglesi. Ha funzioni di Dirigente sanitario di II livello con

**Essere in grado
di dirigere
all'estero
importanti
strutture sanitarie**

funzioni assistenziali, didattiche, manageriali (badget) e di coordinamento degli specializzandi (nei diversi gradi: house officer, senior house officer, fellow, registrar) e dei medici in ruolo (staff surgeon, clinical assistant). I pazienti afferiscono all'ospedale attraverso i medici di base e vengono affidati ai consultant i quali sono i soli responsabili della loro cura. Possono eventualmente delegare i medici del loro staff, rimanendone comunque responsabili in prima persona.

Nell'ospedale in cui lavoravo (Glenfield Hospital) eravamo in tre con il grado di consultant di chirurgia toracica, ed ognuno di

noi aveva la completa indipendenza: sedute operatorie separate, personale amministrativo alle nostre dipendenze, staff medico. Non è facile ottenere un incarico di Consultant nel Regno Unito, particolarmente se il training non è stato fatto in Inghilterra. Durante il mio periodo di permanenza (1 maggio- 31 ottobre 2007) ero l'unico consultant di chirurgia toracica italiano del Regno Unito.

È stata una esperienza entusiasmante per diversi motivi: intanto dimostrare che noi medici italiani siamo in grado di andare a dirigere strutture estere di primo livello; entrare full time in un diverso mondo medico, con tanti pregi ma anche con difetti; esportare italian style chirurgico e riportare a casa un po' di british style.

In definitiva il messaggio per i colleghi è che andare all'estero non è solamente importante all'inizio dell'esperienza medica per il training (dopo la laurea anch'io sono stato 6 mesi in Svezia per il training), ma anche quando si ha una esperienza solida da esportare. Ed i vantaggi ci sono sempre.

Un'ultima annotazione: alla fine del mio periodo di Locum, sono stato invitato a fare un concorso per la posizione di permanent consultant, ma ho gentilmente rifiutato: la mia professione è in Italia. •

Violenza contro le donne, un fiume che straripa in casa?



Comportamenti individuali o collettivi misogini, atti violenti utilizzati come forme di controllo, negazione di diritti e dell'autonomia di pensiero e azione della partner, della figlia, della sorella e della madre. I maltrattamenti e l'omicidio rappresenterebbero una modalità di riscatto per l'insubordinazione al potere maschile

di **Lina Vita Losacco**

Le donne vittime di violenza, violate nei loro diritti umani spesso sin dalla nascita, sono tante. Per molte di esse, teatro di sofferenze, umiliazioni, negazioni, luogo di morte, anziché d'amore e di tutela è, paradossalmente, la casa familiare. Si parla infatti di violenza domestica, *domestic violence* già dal 1996, come la definì il Relatore speciale

Onu nel rapporto alla Commissione per i diritti umani delle Nazioni Unite: "la violenza che si consuma all'interno della sfera privata, generalmente tra individui legati da un vincolo di intimità, di sangue o di legge".

Nei paesi in via di sviluppo, più che in occidente, la violenza domestica va oltre l'abuso sessuale, le percosse o la violenza psicologica, verbale ed economica. Mutilazioni, amputazioni, aci-

dificazioni, infanticidi e aborti forzati, assassini e suicidi indotti di figlie, mogli, sorelle, sono frequenti e in numero variabile in relazione al contesto culturale. Ogni anno, nel mondo, si stima vengano uccise, dal partner o ex partner, almeno 13 mila donne! (1) Il dato però non è indicativo del problema a livello mondiale poiché la ricerca è fatta su una popolazione femminile di età superiore ai 14 anni e

riguarda solo 23 paesi. Mancano ad esempio i dati riguardanti i paesi non occidentali, in particolare del mondo arabo dove, nei casi di presunto adulterio o di non verginità al matrimonio, si ricorre all'*honor killing* (delitto d'onore) per lavare il disonore della famiglia, legittimando l'uccisione della moglie/fidanzata/figlia/nipote/sorella. (2)

Anche in Italia si registrano oltre cento omicidi l'anno: ogni 96 ore una donna viene uccisa dal proprio marito, convivente, fidanzato attuale o ex (A.C. Baldry, 2008). Il Rapporto sulla criminalità del ministero dell'Interno - dipartimento di Pubblica sicurezza - pubblicato nel 2007, dichiara che in Italia, negli ultimi 15 anni, c'è stata una riduzione degli omicidi volontari ma non rispetto al contesto familiare dove, nell'ultimo decennio, gli assassini ai danni della moglie/fidanzata o ex sono aumentati quasi del 50 per cento estendendosi anche ad altri componenti della famiglia: figli, suoceri, cognati o nuovo partner della vittima. Tali omicidi sono spesso collegati al fenomeno dello *stalking* (3) che ne rappresenta il possibile precursore; da uno studio realizzato da A.C. Baldry (2008) su 300 donne uccise dal partner o ex partner emerge che una donna su quattro prima di essere uccisa è stata vittima di *stalking*. Documentazioni processuali, dichiarazioni

(1) Baldry AC, Ferraro E. *Uomini che uccidono*. Torino: CSE; 2008.

(2) Arin C. *Femicide in the name of honor in Turkey*. *Violence Against Women* 2001; 7: 821-5.

Shalhoub-Kevorkian N. *Mapping and analyzing the landscape of femicide in palestinian society*. Gerusalemme: Woman center for legal aid and research counseling; 2004.

(3) *Stalking: la persecuzione agita nei confronti di una persona con la quale si è avuta una relazione che non si vuole interrompere o la si vorrebbe iniziare anche contro la volontà dell'altra* (Baldry AC. *Dai maltrattamenti all'omicidio*. Milano: ed. Franco Angeli; 2008)

ni di parenti e amici, o precedenti denunce sperte dalla vittima contro il reo evidenziano che nel 70 per cento dei casi situazioni di maltrattamento o violenza, anche solo psicologica, erano preesistenti all'omicidio. Inoltre gli omicidi da parte degli ex sono maggiormente frequenti al nord del paese anche in relazione con le caratteristiche di autonomia decisionale e indipendenza economica della vittima, negate o limitate dal partner geloso e ossessivo.(4)

A volte l'essere umano maltratta quando si sente in pericolo, quando non si sente amato, ma anche quando ha bisogno di dominare più che

di amare, causando una serie di sofferenze a catena.(5) Benché distruttiva nei suoi effetti, la violenza ha come obiettivo ultimo non provocare una sofferenza all'altra persona ma sottometterla, dominarla, paralizzarla, piegarla, cercando di appropriarsi della volontà, del pensiero, dell'intimità di chi la subisce. La violenza dunque rimanda al concetto di potere che spesso confluisce nell'uccisione della vittima. Gli omicidi delle donne diventano espressione di comportamenti individuali o collettivi misogini e gli atti violenti le forme di controllo, negazione di diritti e dell'autonomia di pensiero e azione della partner e/o figlia, sorella, madre. La violenza, i maltrattamenti o l'omicidio rappresenterebbero una modalità di riscatto per l'insubordinazione al potere maschile!(6)

In realtà è frequente, da parte dell'opinione pubblica, spiegare gli omicidi facendo riferimento al "troppo amore", alla gelosia, alla rabbia per essere stati abbandonati o perché la ex partner ha un'altra relazione. Così che nonostante sia intercorso circa un quarto di secolo da quando il "delitto d'onore" è stato abolito dal codice di procedura penale, ancora oggi si parla di "delitti passionali". Fino al 1981, infatti, l'assassinio della moglie,

della figlia o della sorella era punito non in base al reato di omicidio (ex art.575 c.p., omicidio volontario) ma al "delitto per motivi d'onore", (ex art.587 c.p.).(7)

Sempre attenuando la gravità del reato, si parla anche di raptus improvviso o si invoca la malattia mentale del colpevole, forse per il bisogno di rendere logici e prevedibili quei comportamenti umani inaccettabili o per proteggersi illusoriamente da essi e *tranquillizzarsi*. In realtà "anche quando gli omicidi sono commessi da persone affette da un vizio parziale o totale di mente (in base a quanto stabilisce il codice penale) a cui è stata fatta una diagnosi di depressione, disturbo paranoideo o disturbo d'ansia, non necessariamente siamo in presenza di vere e proprie schizofrenie o psicosi tali da impedire al soggetto un contatto con la realtà" (A.C. Baldry, E. Ferraro, 2008).

Un dato interessante è rappresentato dall'alta percentuale, in molti casi, di suicidi che seguono l'atto criminoso: spesso l'omicida si toglie la vita dopo l'uccisione della persona con cui ha avuto la relazione intima (partner o ex-partner come rivelano gli studi condotti in Canada, Stati Uniti e Australia).

Anche in Italia, i dati rela-

tivi al periodo 2000-2004 indicano che partner o ex partner, dopo l'omicidio della compagna, nel 29,4 per cento dei casi si tolgono la vita e nel 9,2 per cento tentano il suicidio. Dall'analisi di circa 700 casi in 20 anni, M. Dawson(8) ha descritto due forme di suicidio: l'*omicidio esteso* quando il reo che ha ucciso per rabbia, punizione, gelosia, o per presunte o reali sofferenze della vittima, si suicida essendosi reso conto delle conseguenze letali della sua condotta. In altri casi si parla di *suicidio esteso* in quanto l'omicidio *scaturisce* da una preesistente intenzione di suicidio, in genere per problemi economici, di relazione o di lavoro, per cui il reo uccide moglie e figli (in alcuni casi) per non lasciarli soli e non farli soffrire. In questo caso l'omicidio ha una componente di premeditazione e "farebbe parte" del suicidio.

Per comprendere il fenomeno dell'omicidio è bene rifarsi a dati scientifici e studi specifici e riflettere sulla enorme estensione di rapporti in cui la violenza, con molta probabilità, è agita da persone con una fragile identità emotiva e non affette da malattia mentale. •

(Continua
sul prossimo numero)

Pietro Germi con il suo famosissimo Divorzio all'italiana ha elaborato una sorta di manifesto contro il delitto d'onore. Nel film il protagonista, il barone siciliano interpretato da Marcello Mastroianni, stanco della moglie e invaghito di una cugina sedicenne, induce la consorte al tradimento per poi ucciderla. Condannato a una pena minima per "delitto d'onore", il barone riesce poi a sposare la cugina



(4) Eures-Ansa. Rapporto sull'omicidio volontario in Italia. Roma: Eures; 2007.

(5) Linares JL. Del Abuso y Otros Desmanes. Barcelona: Paidós; 2002.

(6) Baldry AC. Dai maltrattamenti all'omicidio. Milano: ed. Franco Angeli; 2008.

Serran G, Firestone P. Intimate partner homicide: a review of the male proprietariness and the self-defense theories. Aggression and Violent Behavior 2004; 9: 1-15.

(7) ex art. 587 c.p. Chiunque cagiona la morte del coniuge, della figlia o della sorella, nell'atto in cui ne scopre la illegittima relazione carnale e nello stato d'ira determinato dall'offesa recata all'onore suo o della famiglia, è punito con la reclusione da tre a sette anni. Alla stessa pena soggiace chi, nelle dette circostanze, cagiona la morte della persona che sia in illegittima relazione carnale col coniuge, con la figlia o con la sorella.

(8) Dawson M. Intimate femicide followed by suicide: examining the role of premeditation. Suicide and Life-Threatening Behavior 2005; 35: 76-90.

Vivere alla moda, scegliere per venire scelti

di Antonio Gulli



Seduttiva, capace di affascinare. Crea meraviglia sapendo stupire. A volte disorienta e rende perplessi. Chiede ammirazione rilasciando, in chi in questo gioco si lascia andare, l'illusione del possibile. L'illusionismo di cui si nutre è capace di penetrare anche le menti più disincantate. Far vedere quanto è visibile ciò che può essere solo immaginato è il suo fine. Capace di solleticare la fantasia e appellarsi al più assoluto rigore. Linguaggio, segno che sa offrire il proprio significato in base al "rango" che utilizza quel codice, la moda nel suo essere espressione di follia e genio, mobilita la facoltà più nobile e superba che l'uomo possa vantare: la creatività. È la moda. Rende audace il sentimento più criticato: la vanità. È capace di infrangere qualsiasi codice etico senza "portarne macchia": la moda si alimenta di inganno ricorrendo all'astuzia del "poter sembrare" che si nasconde dietro ogni maschera quotidianamente vestita. A volte incorre nelle sanzioni dell'opinione che si nasconde nel pubblico. Nel privato, a differenza, diventa occasione di confronto e vanto. Sintetizza lo spirito del tempo e a volte incarna il sentire comune. In genere si fa segnale del gruppo sociale a cui si appartiene. La moda scaccia l'ovvio, l'ordinario, il ripetitivo e la routine erigendo megalopoli di senso che hanno come obiettivo l'abbattimento dell'anonimato. La moda - nonostante il suo apparire effimero - è un'istituzione; e come istituzione è capace di far valere premi e sanzioni.

Già Kant scriveva che "è meglio esser matto secondo la moda che fuori di essa". Gli eccentrici hanno sempre vita dura; i demodé quasi impossibile.

La moda trova linfa nell'equivoco; fa parlare la maschera forgiando l'interiorità. Esalta la leggerezza sapendo dialogare con la paura più radicata che un individuo possa vivere; il passare del tempo. La moda è capace di proteggere una persona dalla minaccia del divenire stabilizzando il mutamento. Interpretare la moda come un fenomeno irrilevante significa ignorare lo sforzo che ogni persona compie ogni giorno per trovare consenso e sicurezza al proprio vivere. Indica una sottovalutazione di una forma e un gioco di società che tiene - nelle sue conseguenze meno palesi - legati gli individui. Appellandosi alla partecipazione del controllato, la moda è anche una potente forma di controllo sociale. Ma chi immagina che la moda possa venire semplicemente imposta è un ingenuo. I bisogni umani cui da risposta riescono a trasformare un luogo qualunque di aggregazione in veri e propri centri di ricerche dell'apparire. Le mode non scendono sempre dal-

Si alimenta di inganno ricorrendo all'astuzia del "poter sembrare" che si nasconde dietro ogni maschera quotidianamente vestita

l'alto. Chi vede il consumatore come debole e isolato, esposto alla manipolazione dei suoi bisogni, incapace di esprimere le proprie preferenze, coglie una parte marginale del fenomeno. Indurre le persone a un certo tipo di consumo non è facile. E questo per due ragioni: perché le preferenze aumentano in base all'offerta, che attualmente è altissima. Perché la moda è anche espressione di alta competitività tra le persone. E la competizione sa mobilitare la capacità di selezionare.

E quindi scegliere. Forse bisogna rileggere A. Smith nella parte in cui affermava: "Il consumo è il solo fine di ogni produzione, e non ci si dovrebbe mai prendere cura dell'interesse del produttore se non in quanto ciò possa tornare necessario per promuovere quello del consumatore" (tr. it. 1973). È bene ricordare che la moda non è un fenomeno che ha come oggetto solo i capi di abbigliamento o gli aspetti più effimeri dell'esistenza. Le mode incidono in maniera profonda nel modo di pensare e percepirsi. Gli esperti sanno che prima di lanciare una moda che sia espressione del "visibile" devono costruire una moda proprio nel modo di "sentire" delle persone. Il tipo di società attuale, per l'alto livello di differenziazione sociale raggiunto - tra gli altri - mette in atto un fenomeno alquanto interessante: l'esaltazione delle diversità. Guai a non rispettare questa tensione affettiva del tempo. La complessità del sociale esprime il bisogno di doversi distinguere. Basta un dettaglio.

W. Benjamin amava dire: "Il buon Dio si manifesta nel dettaglio". Forse per questo tutti lo ricercano? Forse il creatore non aveva previsto la loro produzione di massa. Ma sempre dettagli rimangono. Chi non ricorda l'orologio sul polsino della camicia dell'avvocato nazionale? Poteva essere un espediente per affrontare una qualche forma di allergia; un vezzo, o un modo per ovviare alla grandezza dei polsini rispetto al diametro del polso? Tenuto conto del personaggio, quest'ultima ipotesi sembra la meno credibile. Fatto sta che anche un uomo come fu Gianni Agnelli ha regalato all'album della nostra memoria - tra le tante cose che si possono ricordare di lui - questo dettaglio.

Chi si lascia andare all'idea di essere immune dalle mode ritenendole futili, vacue o irrilevanti è destinato a essere la prima vittima dell'intero meccanismo che governa questo fenomeno; quanto coloro che, a differenza, ritengono decisivo il "dettaglio" rappresentano la spina nel fianco dei cosiddetti "creativi".

Se dovessimo appellarci al rigore della parola moda - ter-



mine che viene dal latino *modus* che sta a indicare "modo", "maniera"; o al suo significato nella scienza statistica che sta a indicare un valore che risulta con maggiore frequenza in una serie di osservazioni - la rilevanza del dettaglio, in quanto esprime un fattore particolare, dovrebbe cadere in secondo ordine.

Se la questione della rilevanza del dettaglio nel fare la moda - o nell'essere di moda - può venire affrontata a partire dalla stessa storia della moda e dalla sua capacità di interloquire - interpretandolo - con lo spirito del tempo, il dilemma se aderire ad una moda ci fa sentire più appartenenti a un qualcosa o diversi da un qualcosa è tutto da comprendere. Se si pensa che già alla fine del '800 ci fu qualcuno che scrisse che la moda esprimeva due esigenze contrastanti e compresenti del vivere dell'uomo in società - ovvero la tendenza alla "fusione con il nostro gruppo e il distinguersene individualmente" (Cfr., Simmel, 1895) - si può affermare, a distanza di più di un secolo, che l'imitazione di un modello dato appaga ancora oggi - e forse più di ieri - il bisogno di appoggio e consenso sociale. Sapendo nello stesso tempo soddisfare - in un momento di forte paura di sentirsi omologati e omologabili - il desiderio di distinzione. In sostanza si potrebbe dire - per altri versi - che aderire a una moda abbassa la tensione che scaturisce dal bisogno di sicurezza che ogni soggetto porta con sé, creando almeno due fenomeni che paiono interessanti: quello di tagliare le radici alla fonte dell'appartenenza data dalla tradizione che offre, per antonomasia, sicurezza. Mettere la tradizione al riparo da qualsiasi forma di innovazione mediante il rinnovo delle diverse forme di controllo sociale.

Ma guai a prenderla troppo sul serio. Ci si ritroverebbe con un pugno di mosche in mano. Ma sono mosche cocchiere che sanno parlare il linguaggio del simbolo; che sanno qual è la differenza tra le diverse esperienze che animano il sentire, il senso, il sentimento e la sensazione. La moda, creando gli scenari più fluidi in cui la coscienza possa nascondersi, essendo sintesi di sapori, odori, opinioni, oggetti e immagini, genera identità a non finire. Goffman scriveva che dietro una maschera se ne trova un'altra. L'unica a cui si può fare appello è quella che trova le proprie radici nell'espressione del buon senso. •

Considerare la moda irrilevante significa ignorare lo sforzo che ogni persona compie ogni giorno per trovare consenso e sicurezza



Un volto e una voce per l'Unicef

Giornalista e attrice, presentatrice di programmi di successo come *1 Mattina* e *I fatti vostri*, Paola Saluzzi è anche nota al grande pubblico per il suo impegno nel sociale. Dal 2006 è ambasciatrice del Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia e divide il suo tempo tra il lavoro e i viaggi nei paesi poveri del mondo

di Ludovica Mariani

Com'è nata la sua collaborazione con l'Unicef?

Il mio interesse per il sociale e per tutte le operazioni di carattere umanitario lo devo alla mia educazione, ai miei genitori e alla mia mamma in maniera particolare. Lei era assolutamente innamorata di grandi attori ambasciatori Unicef come Giulietta Masina, Peter Ustinov, e di tutte quelle persone famose che ad un certo punto della loro vita hanno deciso di mettere a disposizione il proprio volto e la loro popolarità per accendere l'attenzione del mondo su alcuni gravi problemi. Quando mi sono trovata nella condizione di poter avere un contatto con l'Unicef è stato naturale per me chiedere di poter entrare a far parte di questo prestigioso gruppo di ambasciatori, un onore di cui sono ancora grata.

Quanto il suo impegno si



traduce poi in risultati concreti?

I risultati ci sono in ragione di quanto riesci a colpire il cuore della gente.

L'ambasciatore Unicef va in luoghi dove ogni giorno, se sei fortunato, riesci a lavarti con poca acqua dalle bottiglie e da questo

si capisce quanto siano problematiche le condizioni igieniche; io nei miei numerosi viaggi ho vissuto in condizioni di totale disagio e solo per dieci giorni. Chi vive in certi paesi affronta questo e altri problemi, come la scarsità di cibo e l'assenza di strutture sanitarie, per tutta la vita. Quando torni devi essere in grado di trasmettere tutto questo e convincere le persone che donare, anche 2 o 5 euro, se fatto da tutti diventa tantissimo.

Quali Paesi ha visitato?

Sono stata in Kirghizistan in Asia centrale. Poi in Angola e nel Darfur. Tutti viaggi molto difficili, Paesi dove manca praticamente tutto, veramente un bagno nella povertà e spesso, purtroppo, nella violenza. Però ho imparato a conoscere realtà che, se viste in televisione fanno un effetto, viste dal vero non solo restano più impresse ma ti accendono la voglia di fare qualcosa. Bisogna ridare a questa gente il diritto alla vita che ogni giorno viene minacciata da guerre, fame e malattie.

I bambini sono sempre le prime vittime dei problemi di un Paese?

Inevitabilmente e la cosa è tanto più drammatica proprio perché alla base della società ci sono i bambini. Se maltratterai, violenterai, vesserai un bambino avrai quello stesso individuo cresciuto di 10 anni pronto a rovinare il

Se De Amicis oggi scrivesse Cuore l'eroe sarebbe Franti

mondo in cui vive. Su questo argomento si stanno scrivendo saggi e libri di grande valore che raccontano e sbattono in faccia situazioni durissime che spesso non vogliamo vedere come quella del traffico di organi. Molti genitori pensano che regalare sempre più cose ai loro figli sia il modo per farli crescere bene. Il risultato è che abbiamo bambini viziati, obesi, che sono chiamati a ricoprire ruoli sociali sempre più stressanti, oggi se un ragazzino gioca a calcio non lo fa più per divertirsi ma per diventare Toti. Ma chi l'ha detto che deve essere così? Non c'è più la strada o gli oratori dove i ragazzi si divertivano. Ora siamo andati nelle palestre, nei bellissimi centri sportivi dove a volte i genitori con le loro troppo alte aspettative rovinano la felicità dei figli. L'altra faccia della medaglia è tutta quella condizione sommersa di violenze familiari, le botte che prendono i bambini e che vedono prendere generalmente alle loro madri, lo

Bisogna ridare a questa gente il diritto alla vita

sfruttamento, le violenze, quando non si arriva agli omicidi. Queste sono tragedie da terzo mondo o almeno ci illudiamo che sia così. Ma quando accadono dietro la porta di casa nostra allora ci fanno capire che c'è bisogno di maggiore attenzione alla famiglia che è il tessuto connettivo della società. Tre telefonini a testa, vacanze da fare in ogni caso anche pagandole a rate, televisori al plasma, questi sono gli unici valori che abbiamo e non bastano, anzi sono dannosi.

Qual è il suo rapporto con la medicina?

Sono una fedele dell'omeopatia. La mia però non è una fede che porta ad escludere l'utilizzo dei farmaci. Parto dal presupposto che i medicinali classici in generale fanno bene per la patologia per cui vengono ordinati e presi. Certo quando sento di gente, spesso bambini, che muore perché vengono interrotte le cure "tradizionali" affidandosi all'omeopatia non posso non considerare la cosa un fatto gravissimo, di quelli che non dovrebbero accadere mai.

A proposito di televisione, qual è il suo giudizio sulla comunicazione in Italia?

Ne ho parlato dal paradiso della comunicazione e delle notizie che è Sky TG24 che fa una comunicazione reale e non politicizzata. Naturalmente ci



sono notevoli professionisti anche in tutte le reti sia Rai sia Mediaset. Secondo me ci vuole una comunicazione più asciutta non urlata, diretta, con meno paroloni e più notizie. Quello che manca in realtà è proprio *la notizia* anche quella buona. Nel dare notizie ci dimentichiamo di quelle positive come se solo gli eventi tragici meritino di essere raccontati: la cattiva notizia fa la notizia, la comunicazione è impostata così. È il fascino del male che esiste e così si porta in primo piano chi ha ucciso, rubato, frodato e lì si fa diventare personaggi. Vede, se De Amicis scrivesse oggi *Cuore* l'eroe, per me, sarebbe Franti e non il buon Garrone. Noi piangevamo per la piccola vedetta lombarda oggi i ragazzini si esaltano per pseudo fotografi e ne acquistano le mutande.

Lei ha citato un famoso romanzo diventato uno sceneggiato altrettanto famoso. Questo mi porta a

parlare di fiction, che ne pensa?

Ho lavorato in una fiction tempo fa, nel ruolo di una giornalista ed è stato divertente e anche facile visto che interpretavo quasi me stessa. C'è del buono, come no, nella fiction italiana, mi piace *Distretto di Polizia*, *La squadra* e quando Elisabetta Gardini interpretò il ruolo di un medico in *Una donna per amico* sia lei che De Caro lavorarono molto bene. Ho un po' di rimpianto per i grandi sceneggiati televisivi. *La cittadella* con Alberto Lupo, *I promessi sposi*, grandi romanzi e grandi attori! Se si facessero oggi però non so a quale trionfo andrebbe il ruolo di Renzo e Lucia sarebbe una velina con la calata romana in una pessima imitazione di Carlo Verdone. Ecco, lui è riuscito in maniera divertente e comica a fotografare il nostro tempo, così noi ridiamo senza accorgerci che ridiamo di noi stessi. È la nostra barca. È, per caso, quella che sta affondando? •

4 OTTOBRE 1993

Clima da guerra civile in Russia: l'esercito apre il fuoco con i cannoni sulla sede del Parlamento e tale drammatico evento pone fine al braccio di ferro tra Boris Elstyn e i leader comunisti che guidavano l'opposizione, Rutzkoi e Khasbulatov.



Boris Elstyn

31 OTTOBRE 1992

La Chiesa cattolica riabilita Galileo Galilei. Sono trascorsi 350 anni dalla morte del grande scienziato e filosofo italiano.

7 OTTOBRE 1991

Erwin Neher e Bert Sakmann vengono insigniti del premio Nobel per la medicina: i due biologi hanno scoperto i canali ionici della membrana cellulare.

28 OTTOBRE 1987

La rassegna cinematografica di Berlino si apre con



Ottobre e le sue storie...

*La società si compone
di due grandi classi: quelli che hanno
più pranzi che appetito e quelli
che hanno più appetito che pranzi.*

Chamfort, Massime e pensieri

la proiezione del film di Wim Wenders "Il cielo sopra Berlino".

21 OTTOBRE 1984

In Portogallo la McLaren pilotata da Niki Lauda si aggiudica il campionato mondiale di Formula 1.

18 OTTOBRE 1977

Andreas Baader, Gudrun

Ensslin e Jan Carl Raspe, terroristi della Raf, si suicidano in carcere dopo aver appreso della morte di Ulrike Meinhof.

16 OTTOBRE 1934

Mao Tse-tung, alla guida dei comunisti cinesi, inizia la Lunga Marcia per rompere l'accerchiamento dei nazionalisti del Koumintang.



29 OTTOBRE 1929

È il "giovedì nero" di New York. Con il crollo della Borsa di Wall Street ha inizio una profonda crisi economica mondiale.



Mao
Tse-tung

29 OTTOBRE 1923

In Turchia, ad Ankara, viene proclamata la repubblica. Mustafa Kemal Pascha viene eletto dall'Assemblea nazionale primo presidente del Paese.



Mustafa
Kemal
Pascha

18 OTTOBRE 1912

Ad Ouchy, in Svizzera, ha fine la guerra di Tripoli tra Italia e Turchia con la firma del trattato di pace.

28 OTTOBRE 1904

Inaugurata a New York la linea metropolitana che copre un percorso di circa quindici chilometri.



AVVISO PER I MEDICI E LE SEGRETERIE ORGANIZZATIVE

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



Università degli studi di Udine La tosse nel bambino

Udine, 25 ottobre, sala conferenze ospedale civile S.M. Misericordia

Obiettivi: al termine del convegno, i partecipanti saranno in grado di sapere quali bambini ricoverare e quali trattare a domicilio, sapere quali farmaci usare, sapere eseguire i test diagnostici, sapere valutare la risposta clinica e il follow-up domiciliare

Destinatari: allergologi, pneumologi, pediatri, medici ospedalieri, medici di famiglia, fisioterapisti della respirazione

Informazioni: Segreteria Scientifica e Organizzativa

Mario Canciani, Sonia Zanor, Marcella Mauro, Dipartimento di Patologia e Medicina Sperimentale Clinica, Clinica di Pediatria Policlinico Universitario P.le S.M. Misericordia, 33100 Udine
tel. 0432 559244/1, fax 0432 559258, e-mail: canciani.mario@aoud.sanita.fvg.it

Ecm: richiesto accreditamento ecm

Cibaria: conferenza sul cibo e l'alimentazione

Roma, 24-25 ottobre, Grand Hotel Parco dei Principi

Argomenti: cibo e società, cibo e sport, cibo e salute, cibo e obesità, cibo e ambiente, cibo e psiche

Informazioni: Segreteria Scientifica AISIC, d.ssa Cinzia De Vendictis, Via Grotta di Gregna 153
e-mail: info@aisicweb.org, sito web: www.aisicweb.org

Segreteria Organizzativa: Akesios Group, Via della Grande Muraglia 350, 00144 Roma
tel. 06 45434491, fax 06 45435165, e-mail: cibaria@akesios.it, sito web: www.akesios.it

Ecm: la richiesta è stata inoltrata al ministero della Salute

Emozioni e malattia

Vicenza, 18 e 25 ottobre, Via Fermi 134

Presidente: dott. Franco Marranconi

Direzione Scientifica: Società Medico-Chirurgica Vicentina

Obiettivi: il corso, in due mattinate, è rivolto a medici, infermieri, psicologi e assistenti sanitari (è stato richiesto, per tutte queste figure, l'accreditamento ecm). Si pone come obiettivo, da una parte, quello di formare ad una corretta comprensione ed approccio alla persona malata nella sua unità biopsicosociale e, dall'altra, quello di accrescere la sensibilità e l'attenzione nei confronti del carico emotivo degli operatori sanitari, in modo da evitare e prevenire fenomeni di burn-out

Informazioni: Segreteria Organizzativa dott. Carlo Simionato, cell. 333 2411487

e-mail: carlosimionato@studiosimionato.191.it, sig.ra Mauretta Rigo, cell 339 1417313, e-mail: maurettarigo@virgilio.it

Medici, infermieri e soccorritori sulla scena di un crimine

Pomezia (Roma), 26 ottobre, Olimpia Center Città dello Sport

Presidente: dott. A. Curia

Destinatari: medici, infermieri e soccorritori

Relatori: Ten. Col. dott. Luciano Garofano, responsabile R.I.S. Parma

Obiettivi: illustrare, attraverso lezione magistrale e ricostruzione di una scena del crimine, quale comportamento, quali accorgimenti e quali misure adottare durante un intervento in un contesto nel quale si può esser consumato un reato

Informazioni Segreteria Organizzativa O.V.E.S.T., e-mail: 118ovest@email.it

Segreteria Scientifica: sig.ra Adorni, tel. 348 7230231, sito web: www.118ovest.com

Il polso traumatico

Torino, 20 ottobre, aula magna C.T.O.

Presidente: I. Pontini

Direttore: A. Sard

Argomenti trattati: fratture complesse di radio distale e fratture e lussazioni del carpo.

Il Corso comprenderà chirurgia video registrata, ampi spazi per domande e discussione di casi clinici

Informazioni: Segreteria Scientifica M. Bertolini, E. Dutto, I. Pontini, A. Sard, tel. 011 6933301/2

Segreteria Organizzativa: sito web: www.ocmcomunicazioni.com, tel. 011 5086002, fax 011 5086009

Ecm: richiesti patrocini ed ecm



“Fiaschi per fischi”?

La clinica della dipendenza da alcol tra miti e pregiudizi

Reggio Emilia, 18 ottobre, centro medico privato L. Spallanzani, Via F.lli Cervi 75b

Iscrizioni: entro il 15 ottobre

Informazioni: Segreteria Organizzativa fax 0521 228981, e-mail: segreteria@intermeeting.it

Ecm: richiesti al ministero della Salute i crediti formativi per massimo 80 medici specialisti in psichiatria, medicina generale e medicina interna

Antea worldwide - palliative care conference

Roma, 12-13-14 novembre

Presidente: Giuseppe Casale

Presidente onorario: Vittorio Ventafridda

Obiettivo principale del convegno sarà quello di tracciare, nell'ambito di una Consensus Conference, i core curricula dei professionisti in cure palliative, condivisi a livello mondiale. Sulla base dei core curricula così definiti, verrà delineato un percorso formativo per ciascuna figura professionale all'interno dell'équipe: materie, strategie didattiche, risultati attesi misurabili, al di là dei diversi sistemi d'istruzione e delle differenze culturali

Informazioni: Segreteria Organizzativa

FASI S.r.l., Via R. Venuti 73, 00162 Roma

tel. 06 97605610, fax 06 97605650, e-mail: info@anteaconference2008.com, sito web: www.fasiweb.com

Scuola Medica Ospedaliera

200 Ecg da interpretare e refertare 14 ottobre - 11 novembre (Responsabile: dott. G. Scaffidi - Sede: Osp. S. Giovanni); Chirurgia e medicina estetica dell'invecchiamento facciale 22 ottobre - 18 novembre (Responsabile: prof. M. Eleuteri - Sede: Ospedale Israelitico); Urgenze ed emergenze in cardiologia ed elettrocardiografia 27 ottobre - 25 novembre (Responsabile: dott. G. Scaffidi - Sede: ASL RM E); Il laboratorio di immunoematologia eritrocitaria: tecnologie e protocolli diagnostici 3 - 19 novembre (Responsabile: d.ssa A. Matteocci - Sede: C.R.I. Sala Solferino); Gbr chirurgia ossea rigenerativa 4 - 21 novembre (Responsabile: dott. S. Corbi - Sede: Ospedale S. Camillo); Psicofarmaci e psicoterapia: un approccio integrato 7 - 21 novembre (Responsabile: dott. G. Lago - Sede: IRPPI); Malformazioni della mano 13 - 14 novembre (Responsabili: dott. P. Ortensi - Sede: Osp. Bambino Gesù)

Informazioni: Scuola medica ospedaliera, B.go S. Spirito 3, 00193 Roma

tel. 06 68802626-68352411, fax 06 68806712, e-mail: segreteria@smorrl.it, sito web: www.smorrl.it

Ecm: in fase di accreditamento

Associazione per la neurogastroenterologia e la motilità gastrointestinale

Stipsi e...

Roma, 26 - 27 novembre, presso Atahotel Villa Pamphili, Via della Nocetta 105

Presidente: prof. Enrico S. Corazziari

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Messaggi International srl, Viale Piave 40/B Milano, tel. 333 6230140, 349 7292510, fax 02 7381635

e-mail: info@messagginternational.org, sito web: www.messagginternational.org/Roma2008

Ecm: richiesti crediti per medici chirurghi specializzati in gastroenterologia, gastroenterologia pediatrica, medicina interna, chirurgia generale, medicina generale (medici di famiglia)

Medicina tradizionale cinese e medicina occidentale

Roma, anno accademico 2008-2009, II° Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università La Sapienza

Obiettivi: il master si propone di fornire agli iscritti l'opportunità di comprendere le basi culturali e teoriche della medicina tradizionale cinese e le sue applicazioni nelle malattie più comuni in confronto con la medicina occidentale

Domanda: la domanda di ammissione deve pervenire a mezzo raccomandata AR (per la scadenza farà fede il timbro postale) al prof. Samuele Paparo Barbaro, direttore del master di integrazione tra MTC e MO, II° Facoltà di Medicina e Chirurgia Università "La Sapienza" di Roma, Piazza Sassari 3, 00161 Roma, entro il 14 dicembre 2008

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Sig.ra Sara Alfieri, tel. 06 33776037, e-mail: annarita.bastianelli@uniroma1.it



Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni - Università degli Studi di Milano

Il danno alla persona di natura non patrimoniale

Milano, 24 ottobre, Via Festa del Perdono 7

Obiettivi: il convegno tratta il tema della congruità e necessità delle spese mediche di cura in ambito privato e pubblico; inoltre si affronta il problema del contributo medico-legale nella valutazione della capacità lavorativa specifica

Informazioni: Segreteria scientifica dott.ssa Monica Cucci, tel. 02 50315700, e-mail: monicucci@tiscalinet.it

Segreteria Organizzativa: Gruppo Ricerche e Studi Medicina e Diritto, tel 02 48004677, mail: info@medicinaediritto.it

Ecm: accreditamento in corso per medici legali

Agopuntura

Anno accademico 2008 - 2009

Direttore: dott. Carlo Moiraghi

Durata: Corso quadriennale riservato a laureati in medicina e chirurgia. Ogni anno di Corso si svolge in dieci seminari teorici e pratici di una giornata ciascuno. Al termine di ogni anno di Corso è prevista la discussione di una tesi e un esame di verifica. Al quarto anno, previo esame finale, si consegue l'Attestato FISA di Agopuntura.

Accreditamenti: FISA - Federazione Italiana delle Società di Agopuntura.

Ecm: ALMA è provider ECM. Per alcuni seminari giornalieri del Corso sarà richiesto accreditamento ecm

Informazioni: ALMA, via Sambuco 12, 20122 Milano, tel 02 8361618, fax 02 8392468

sito web: www.agopuntura-alma.it, e-mail: cmoira@tin.it

Ecografia ostetrica del 2° trimestre

Roma, 25 ottobre, presso Eidomedica, Via Aurelia 678

Gli operatori divisi in piccoli gruppi si cimenteranno praticamente su pazienti nell'esecuzione di immagini e misurazioni standard

Iscrizioni: tel. 06 665029.1

Informazioni: Segreteria Organizzativa Eidomedica S.r.l., Daniela Pecci, tel. 06 66502945, fax 06 66502953

e-mail: d.pecci@eidomedica.it, info@eidomedica.it, sito web: www.eidomedica.it

Ecm: in attesa di crediti ecm

Università degli Studi di Brescia

Web e salute: strumento virtuale, risultati reali

Brescia, ottobre-dicembre

Obiettivi: il corso si propone di fornire un approccio metodologico per reperire in Internet le informazioni utili per il professionista sanitario, orientandosi tra i 155.583.825 siti presenti in rete

Programma: 17/10/2008 - come sopravvivere ai pericoli di internet e sfruttarne le potenzialità;

14/11/2008 - guida all'utilizzo di alcuni siti ufficiali d'interesse per il professionista della salute;

12/12/2008 - quale futuro per internet? Web futuribili

Informazioni: Segreteria Organizzativa

dott.ssa Serena Domenighini, tel. 030 3838603, fax 030 3701404, e-mail: domenigh@med.unibs.it

Prevenzione e promozione della salute per le comunità

Roma, anno accademico 2008-2009

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la Sapienza Università di Roma organizzano un Master Universitario di secondo livello in Prevenzione e Promozione della Salute per le Comunità, erogato in modalità di Formazione Residenziale e di Formazione a Distanza (FAD), per l'anno accademico 2008-2009

Finalità: migliorare la qualità dei servizi socio-sanitari in una prospettiva multidisciplinare di salute pubblica e di integrazione intersettoriale delle strategie di promozione della salute

Iscrizioni: entro il 7 novembre; il Master avrà inizio il 24 novembre 2008 e terminerà il 18 novembre 2009

Informazioni e iscrizioni: sito web: www.iss.it, Istituto Superiore di Sanità, Segreteria Master, Via Gianlorenzo dei Berti 34, 00162 Roma, tel. 06 49904039, e-mail: formazione.master@iss.it, sito web: www.uniroma1.it

Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica "G.Sanarelli", Sapienza Università di Roma

Segreteria Master, Piazzale A. Moro 5, 00185 Roma, tel. 06 49914077, e-mail: hp-master@uniroma1.it



Sda bocconi school of management

Master in management per la sanità

Milano, gennaio 2009 - gennaio 2010

Obiettivi: il master si propone di formare professionisti fornendo quelle competenze qualificate utili per farne protagonisti importanti nello sviluppo socialmente responsabile di una gestione moderna della sanità italiana. Il corso si suddivide in sei fasi: I fase - fondamenti di economia aziendale e cenni di economia sanitaria, II fase - architettura, programmazione e funzionamento del settore sanitario, III fase - politiche e sistemi di gestione delle aziende, IV fase - i percorsi di specializzazione, V fase - ricerca sul campo (Field Research), VI fase - progetto sul campo (Field Project)

Iscrizioni: entro il 20 ottobre

Informazioni: SDA Bocconi School of Management, tel. 02 58366810

e-mail: mims@sdbocconi.it, Benedetta Catanese, tel. 02 48013658, e-mail: benedetta.catanese@studiovizioli.it

Inestetismi del viso

Bologna, 24 ottobre, divisione didattica Valet

Alcuni argomenti: fisiopatologia dell'invecchiamento cutaneo, razionale della biostimolazione, quando proporla: proposta del medico o richiesta dal paziente, come migliorare la compliance del paziente, metodiche di impianto, il post impianto, controindicazioni, materiali: le vitamine, gli aminoacidi, gag e pdrn, l'acido ialuronico naturale, biostimolazione non farmacologica

Informazioni: Segreteria Organizzativa VALET S.r.l., Via dei Fornaciai 29/b, 40129 Bologna
tel. 051 6388334, fax 051 326840, e-mail: info@valet.it, web site: www.valet.it

Ecm: evento in fase di accreditamento

Club Alpino Italiano

Corso per medici di trekking e spedizioni

Bergamo, 18 ottobre, Palamonti, Via della Presolana 15

Alcuni argomenti: fisiologia e costo energetico del movimento nell'attività fisica in montagna, aspetti di prevenzione comportamentale e farmacologica in corso di spedizioni extraeuropee, materiali tecnici per l'abbigliamento da trekking e spedizioni: attualità e prospettive

Informazioni: Segreteria organizzativa Commissione Centrale Medica del CAI, dott. Enrico Donegani
e-mail: donegani@hotmail.com, dott. Carlo Alessandro Aversa, e-mail: calaversa@alice.it

Gestione dei rifiuti solidi urbani: effetti sulla salute e sull'ambiente

Cailungo (San Marino), 4 ottobre

Direttore: Alessandro Barelli

Obiettivi: fornire conoscenze degli effetti tossici sull'uomo, sugli animali e sull'ambiente nella gestione dei rifiuti solidi urbani

Argomenti chiave: tipi di rifiuti urbani, modalità di trattamento dei rifiuti, gas da discarica e incendio dei rifiuti, effetti sull'ambiente, effetti sulla salute

Destinatari: medici, infermieri, vigili del fuoco, operatori di protezione civile, volontari e soccorritori, operatori di sanità pubblica, operatori delle forze dell'ordine

Informazioni: CEMEC tel. 0549 994535, 994600, e-mail: cemec@iss.sm

Università degli Studi di Siena

Alimentazione e nutrizione umana

Siena, anno accademico 2008/2009, centro didattico policlinico S. Maria alle Scotte

Responsabile Scientifico: prof.ssa Rosalba Mattei

Obiettivi: approfondire le conoscenze nell'ambito dell'alimentazione attraverso una formazione a carattere interdisciplinare mediante didattica ex cathedra, didattica interattiva, seminari, tutorship-studio guidato, prove di verifica, attività individuale interstage, apprendimento individuale. Il Master è articolato in 5 moduli nell'arco di 10 mesi con inizio il 10/11/2008

Informazioni: Segreteria Scientifica

bando disponibile sul sito: www.unisi.it/postlaurea/master.htm

dott. C. Francalanci, dott. E. Paolini, dott. C. Badiali, dott. G. Ferrara tel. 0577 585682

Ufficio Formazione Post-laurea tel. 0577 233109, fax 0577 233113, e-mail: post-laurea-medicina@unisi.it



Agopuntura e tecniche correlate

Brescia, 28 novembre

Direttore: prof. Claudio Maioli

Coordinatore didattico: dott. Sergio Perini

Struttura del Corso: 2 moduli di 600 ore complessive equivalente a 24 crediti formativi universitari (CFU)

1° modulo: basi teorico-pratiche della agopuntura

2° modulo: diagnosi, clinica e terapia in agopuntura

Informazioni:

dott. Perini tel. 030 9966393, sito web: www.med.unibs.it

L'epatologia del futuro... il futuro dell'epatologia

Lecce, 18 ottobre, circolo cittadino

Coordinatore Scientifico: dott. Paolo Tundo

Informazioni: Segreteria Scientifica

U.O. Malattie Infettive Ospedale S.Caterina Novella

73013 Galatina (Lecce), e-mail: tundop@libero.it

Segreteria Organizzativa:

Romamultiservizi SRL Lecce, tel. 0832 231822, e-mail: info@romamultiservizi.com

Ecm: è stata inoltrata richiesta di accreditamento ecm per infettivologi, internisti, gastroenterologi, medici di medicina generale

Master di II livello in chirurgia colo-rettale

Roma, anno accademico 2008-09, Università Cattolica del Sacro Cuore

Direttore: prof. Claudio Coco

Obiettivi: il Master universitario in chirurgia colo-rettale ha lo scopo di fornire le basi teorico pratiche della coloproctologia e di assicurare un tirocinio pratico in varie tecniche tra cui: tecniche diagnostiche radiologiche di studio del grosso intestino; tecniche diagnostiche e terapeutiche endoscopiche; laboratorio di fisiopatologia anorettale (manometria, ecografia, elettromiografia); patologia proctologica: ragadi, emorroidi, fistole, prolapsi (classificazioni, fisiopatologia, tecniche chirurgiche e terapeutiche)

Informazioni:

coordinatore didattico del Master dott. Claudio Mattana

tel. 06 3053853-30154166, e-mail claudio.mattana@rm.unicatt.it

Visione olistica dell'uomo: scienza, arte, spiritualità

Roma, 4 dicembre, aula magna Università "La Sapienza"

Argomenti: il linguaggio: nella scienza, nell'arte, nella spiritualità; recuperare una visione globale dell'uomo è l'obiettivo di Mogol e Santilli; un'esplorazione dell'animo umano tramite la neurofisiologia, la spiritualità e l'arte

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Management Srl, tel 06 7020590, 06 70309842, fax 06 23328293

sito web: www.formazionesostenibile.it; e-mail: info@formazionesostenibile.it

Rome rehabilitation 2008

Uomo riparato: più riabilitazione meno chirurgia?

Roma, 5 e 6 dicembre, aula magna Università "La Sapienza"

Presidente: prof. Valter Santilli

Presidenti Onorari: prof. I. Caruso, prof. V. Saraceni

Argomenti: le grandi controversie nel processo decisionale in riabilitazione

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Management Srl, tel 06 7020590, 06 70309842, fax 06 23328293

sito web: www.formazionesostenibile.it; e-mail: info@formazionesostenibile.it

REBUM ART

L'associazione Rebum Art nasce per volontà di alcuni medici-artisti torinesi che spinti dalla passione creativa e da una necessità di confronto tecnico e di scambi di esperienze ne hanno concretizzato l'idea. Questo gruppo, ben accolto dal mondo artistico piemontese e nazionale, si presenta al pubblico attraverso mostre collettive, personali, progetti cultu-



Sopra, Fujii Nobue - Lacrime di donna, 2006 - acrilico su tela cm 50x40



A fianco: Capello Francesco - Pioggia su vetro, 2007 - olio su lino cm 80x60

rali o concorsi estemporanei. Pur operando essenzialmente sul territorio nazionale, ha collaborazioni europee ed internazionali. La nascita di questa Associazione è stata determinata non solo dalla passione per l'arte intesa in senso lato, ma soprattutto dalla convinzione e la volontà di voler operare, attraverso essa, al raggiungimento di progetti medico-artistici: Rebum Art lavora infatti con pazienti oncologici, geriatrici, ecc. e particolare attenzione rivolge agli adolescenti. Il gruppo si propone inoltre di sostenere giovani artisti "talentuosi", non escludendo anche i talenti over cinquanta.

Info: Rebum Art

Corso Palermo n. 101 - 10154 Torino

Sito web: www.rebumart.it

e-mail: rebumart@gmail.com

CONCORSO FOTOGRAFICO AMFI

L'Associazione italiana medici-fotografi organizza il 7° Concorso Fotografico ad Arezzo in occasione del Congresso dell'Associazione italiana pneumologi ospedalieri (AIPO) della Regione Toscana con il patrocinio dell'Associazione medici per l'ambiente ISDE Italia e sotto l'egida della Federazione italiana associazioni fotografiche (FIAF).

Il tema di questa edizione, "Voglia d'Aria", si spira ad un aspetto essenziale di ogni istante della vita quotidiana: il respiro, colto in tutte le illimitate sfumature e connotazioni che possono esprimersi sotto il profilo umano, sociale, naturalistico oltre che medico e scientifico. Il concorso è rivolto a tutti i medici con interesse per la fotografia, che siano o meno iscritti all'AMFI e/o alla FIAF. Ogni autore può presentare un numero massimo di quattro opere, stampe a colori, bianco-nero, anche con eventuali elaborazioni digitali, di dimensione unica cm 20X30 senza supporto di montaggio. Per ogni opera dovranno essere indicati sul retro: nome, cognome dell'autore; anno e luogo di scatto, titolo e numerazione delle opere presentate, indirizzo e-mail.

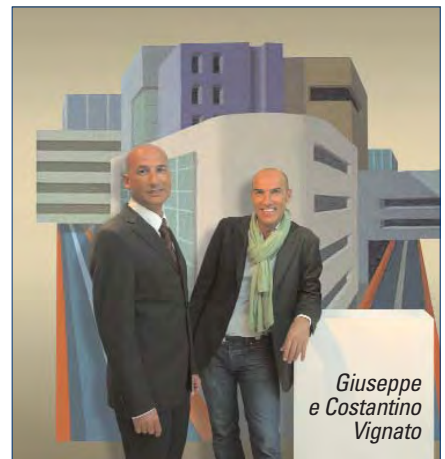
Il materiale dovrà essere inviato entro e non oltre il 30 ottobre 2008. Per informazioni riguardo l'iscrizione visionare il regolamento all'indirizzo web:

http://xoomer.alice.it/amfi/index_file/Page372.htm.

Info: dott. Raffaele Scala

e-mail: raffaele_scala@hotmail.com

Sito web: <http://amfi.135.it>



Giuseppe e Costantino Vignato

FONDAZIONE VIGNATO PER L'ARTE

Fortemente voluta da Giuseppe e Costantino Vignato, due professionisti nel campo dell'odontoiatria, la Fondazione Vignato nasce sommando una comune passione per l'arte ad una forte motivazione professionale. La struttura che ospita le opere è lo stesso studio dove ogni giorno viene svolta la normale attività lavorativa. La Fondazione ha come scopo favorire la conoscenza e la promozione di giovani talenti, grazie ad eventi che nel corso dell'anno vengono organizzati in sede e fuori sede.

La Collezione nascente vede privilegiata l'Arte contemporanea in tutte le sue declinazioni, dalla pittura, alla scultura, alla fotografia, con una forte propensione verso la proposta di opere delle nuove generazioni, individuate per la loro qualità e importanza. Non viene ad ogni modo esclusa la presenza di opere storicamente rilevanti, come l'aeroscultura futurista di Mino Rosso ("Architettura di uomo + macchina", 1930).

Prossimo appuntamento lunedì 13 Ottobre presso BioMax, Via Zamenhof Ludovico Lazzaro, 615 - Vicenza, dove la Fondazione presenterà l'artista Wainer Vaccari.

Info: Fondazione Vignato per l'Arte
via Torretti, 48 - 36100 Vicenza
tel. 0444 301519

fax 0444 504239

Sito web:

www.fondazionevignatoperlarte.org

e-mail: fondazionevignato@gmail.com

Assicurazione obbligatoria a tutela dei cittadini

Presentato il disegno di legge "Norme sulla riparazione e prevenzione dai danni da attività medica". Il provvedimento propone, tra l'altro, l'istituzione di un Fondo di garanzia per le vittime da eventuali danni derivanti anche dall'attività sanitaria

di Matteo Di Paolo Antonio

Un'assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie e dei singoli operatori, per tutelare i cittadini dagli eventuali danni che possono subire dall'attività medica, per negligenza o anche per rischi legati alle tecniche di controllo. È questa la proposta centrale di un disegno di legge elaborato dalla Commissione di studio sulla responsabilità civile della Società italiana degli studiosi del diritto civile (Sisdic), un'organizzazione senza scopi di lucro nata nel 2003.

Il provvedimento è stato presentato nei mesi scorsi, nella sede della Sisdic presieduta dal professor Pietro Perlingieri. All'incontro hanno partecipato anche rappresentanti dell'Isvap (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo).

Nella relazione al disegno di legge "Norme sulla riparazione e prevenzione dai danni da attività medica" si legge che gli interventi proposti sono su un duplice fronte: quello della riparazione dei danni subiti dai



pazienti a causa di attività medica e quello della prevenzione di questi danni attraverso una opportuna gestione dei rischi clinici. Il provvedimento, composto da 13 articoli e tuttora in fase di elaborazione, potrebbe arrivare in autunno in Parlamento. Prevede un sistema di assicurazione obbligatoria sul modello di quello vigente per la circolazione delle auto e delle barche a motore.

L'assicuratore disponibile ad operare nel settore sanitario avrebbe l'obbligo di rispettare i massimali minimi stabiliti annualmente, su proposta dell'Isvap,

dal ministero delle Attività produttive.

Chi avrebbe l'obbligo di assicurarsi? Le aziende ospedaliere e universitarie, quelle sanitarie territoriali, i policlinici universitari a gestione diretta, gli istituti di cura a carattere scientifico e le strutture private accreditate. Queste strutture sarebbero responsabili dei danni subiti dai pazienti se non dimostrano di aver adottato tutte le misure per evitarli. Nel caso di danni dolosi o colposi attribuibili a soggetti sanitari, medici e non medici, tecnici, amministrativi e dirigenti, la loro responsabilità con-

correrebbe con quella delle strutture.

Sul fronte della prevenzione il disegno di legge propone di creare presso ogni struttura pubblica o privata una specifica unità per elevare il livello di sicurezza delle attività cliniche. Questo compito sarebbe delle Regioni e delle Province autonome. Inoltre, presso il ministero della Salute dovrebbe nascere l'Ispettorato per il controllo e il coordinamento della gestione dei rischi clinici, in modo da assicurare uniformità sul territorio delle misure di tutela dei pazienti.

Sempre Regioni e Province autonome dovrebbero istituire in tutte le strutture un servizio di ingegneria clinica per garantire l'uso sicuro delle apparecchiature e degli impianti anche con un adeguata formazione del personale addetto.

All'articolo 4 il disegno di legge propone anche la creazione di un Fondo di garanzia per le vittime da danni di attività sanitaria, presso la Concessionaria servizi assicurativi pubblici (Consap).

Infine viene regolamentata l'azione per il risarcimento dei danni, nella convinzione che si debba migliorare la tutela delle legittime aspettative dei pazienti. Si prevede, infatti, in tutte le strutture una Commissione di conciliazione per facilitare un accordo tra le parti ed evitare lunghe e costose controversie. •

Cambiamenti demografici e strategia sanitaria

I movimenti migratori dai Paesi in via di sviluppo verso i Paesi industrializzati assumono dimensioni sempre maggiori. La presenza di immigrati in Italia è stata calcolata essere superiore ai 4 milioni cui si devono aggiungere i tanti clandestini. Come tutto questo cambierà la professione medica

di **Walter Pasini**

L'incapacità dei governi africani e la corruzione dilagante esistente in tanti Paesi in via di sviluppo, unitamente agli squilibri del sistema economico mondiale, fanno sì che le condizioni sociali ed economiche di centinaia di milioni di persone rimangano miserevoli. E' molto probabile che il progetto migratorio intrapreso finora da una minoranza di persone assuma nel corso degli anni a venire dimensioni ancora maggiori, tanto da porre all'Europa inquietanti prospettive. La diminuzione della natalità che si verifica sempre più in Italia lascia presagire che nel corso dei prossimi decenni vi saranno cambiamenti demografici clamorosi, con una percentuale sempre maggiore di cittadini stranieri.

Gli spostamenti di masse di popolazioni da un Paese all'altro e da un Continente all'altro non sono privi di effetti sul piano sanitario. L'impatto sulla salute pubblica derivante dalla presenza così numerosa di persone provenienti da

Paesi con situazioni epidemiologiche così diverse dalla nostra è rilevante e deve essere analizzata seriamente a livello nazionale ed a livello regionale.

La diffusione della tubercolosi è una delle malattie cui dedicare la massima attenzione per la sua diffusione nei Paesi del terzo mondo, per le difficoltà nella gestione della terapia e per la presenza di ceppi resistenti ai comuni antibiotici. Si deve pertanto prevedere uno screening di massa nei confronti di tutta la popolazione immigrata, infantile ed adulta, e la

cura tempestiva ed appropriata degli ammalati. L'immigrazione di tanti cittadini provenienti da Paesi della cosiddetta "Cintura meningococcica" (tra cui Senegal, Costa d'Avorio, Mali, Nigeria, Sudan, Etiopia, Somalia) comporta la possibile introduzione di nuovi ceppi di meningococco e la necessità di tutelare con la vaccinazione i nostri giovani e la popolazione immigrata stessa. L'immigrazione di cittadini dalla Nigeria comporta il rischio della reintroduzione della poliomielite qualora si abbassasse

la vigilanza nei confronti di questa malattia e si riducesse il tasso di copertura vaccinale. Grande attenzione dovrà essere posta nei confronti dell'epatite B considerando che attualmente la popolazione immunizzata in Italia è quella al di sotto dei trent'anni. Analoga attenzione va posta nei confronti di tutte le altre malattie sessualmente trasmesse (AIDS in primis) non solo in relazione alla prostituzione, ma anche alla crescente integrazione della popolazione immigrata nella realtà sociale.

Non vi è dubbio che una strategia sanitaria debba passare attraverso un censimento dello stato di salute della popolazione immigrata e dall'uso di uno strumento come il Passaporto sanitario.

Anche la professione medica risente e risentirà sempre più di questi drammatici cambiamenti demografici e dovrà prevedere lo sviluppo di competenze e professionalità da parte dei medici, a partire dalle Università che dovranno prevedere la sanità internazionale tra le materie principali dei corsi di laurea affinché il medico sia in grado di diagnosticare e trattare tutte le patologie esistenti sul pianeta.

Il rapporto tra migrazione e sanità sarà oggetto di un'imminente pubblicazione realizzata in collaborazione con il Prof. Eolo Parodi - presidente dell'Enpam - e di un convegno pubblico che si terrà nella sede dello stesso Ente. •



Reggio Calabria

Commissione rapporti con le università

Coordinatori: prof. Nicola Alberti, dr. Domenico Pistone, dr. Marco Tescione

La Commissione rapporti con le università, ha organizzato in autunno un corso di informatica di base ed uno avanzato che si terrà presso la Facoltà di Ingegneria dell'Università di Reggio Calabria nei giorni di lunedì e mercoledì (base) e martedì e giovedì (avanzato) con orario 18.00 – 20.00. Il costo complessivo del singolo corso è di euro 2.000,00 da suddividere tra i vari partecipanti. Si potranno iscrivere un massimo di n. 25 medici per corso per un costo di euro 80,00 pro-capite. Tutti i Colleghi interessati, iscritti all'Ordine della Provincia di Reggio Calabria, possono iscriversi utilizzando gli appositi modelli scaricabili dal sito dell'Ordine all'indirizzo www.omceo.rc.it (sezione commissioni - commissione rapporti con le Università) e inviare il fax (0965.893074) o la e-mail (ordrc@iol.it) dal 5 settembre dalle ore 8,30. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Ordine. Il presidente (dr. Pasquale Veneziano)



Catania

Sai salvare una vita?

Ha preso il via la fase pilota del Progetto Scuola "Sai salvare una vita" dell'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmo (Aiac), che ha l'obiettivo di insegnare ai ragazzi delle scuole medie superiori ciò che bisogna sapere e soprattutto fare in caso di emergenza cardiovascolare. Ogni anno, infatti, nella nostra città si registrano circa 1000 decessi per morte improvvisa, con 3 vittime al giorno: la prevenzione dell'arresto cardiaco e l'educazione al primo soccorso cardiologico sono perciò di fondamentale importanza, anche e soprattutto fra le nuove generazioni. Nel corso della conferenza stampa, alla presenza del Provveditore agli studi di Catania dott. Raffaele Zanolì, delle massime autorità governative regionali e di numerosi dirigenti scolastici catanesi, gli studenti hanno dato dimostrazione di quanto appreso attraverso il kit Mini Anne per l'addestramento



alla rianimazione cardiopolmonare. L'evento rappresentava il punto di partenza per il Sud di un Progetto scuola che Aiac intende svolgere anche nel resto d'Italia, per arrivare alla formazione di almeno 3 milioni di cittadini entro i prossimi 5 anni.

Firenze

Vaccinazione contro il morbillo

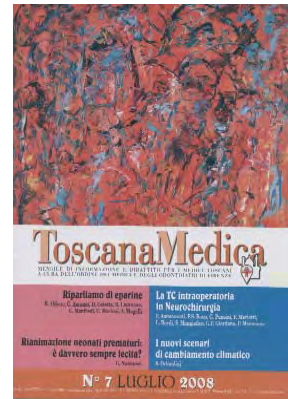
Contro l'epidemia di morbillo arrivata in Toscana è fondamentale il vaccino, soprattutto per i giovani dai 15 ai 24 anni che non hanno già contratto la malattia e non hanno copertura vaccinale. Per questo motivo l'Assessorato per la Vaccinazione contro il morbillo Diritto alla Salute della Regione Toscana ha invitato i medici e i direttori sanitari delle Asl a monitorare il fenomeno, proprio perché negli ultimi mesi si sono verificati 120 casi, a fronte dei soli 3 casi registrati l'anno scorso nello stesso periodo. È da ricordare, infatti, che l'adulto che contrae la malattia rischia gravi patologie correlate al morbillo, come polmoniti ed encefaliti. Il vaccino è gratuito.



Genova

Studio professionale: lavori di ristrutturazione

I lavori di ristrutturazione di uno studio professionale sono deducibili in quota annuale di ammortamento. Le spese relative ai lavori connotabili, invece, come piccole manutenzioni, rientranti nella categoria di cui all'art. 1576 c.c., ovvero di interventi legati al deterioramento prodotto dall'utilizzazione del bene, possono essere dedotte nel loro intero ammontare per il periodo di imposta nel quale sono state sostenute (Cassazione - Sentenza 17/06/'08, n. 16530).



Carta d'identità

Il titolare di una carta di identità scaduta dopo il 26 giugno potrà ottenere la convalida formale del proprio documento per altri cinque anni semplicemente presentandosi all'anagrafe comunale per l'apposizione di un

timbro (ministero dell'Interno circolare n. 8 del 26 giugno 2008). Ricordiamo che ora in caso di rilascio di una nuova carta d'identità in formato cartaceo o elettronico la durata del documento è decennale.

Novara

Conversione della malattia in ferie in caso di comporta

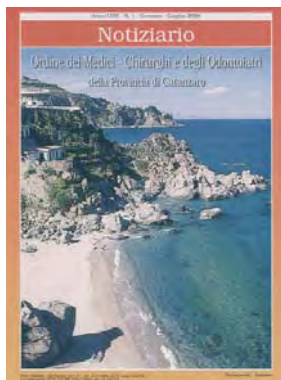
Con sentenza n. 10352/2008, la Cassazione ha affermato che al lavoratore assente per malattia è consentito mutare il titolo dell'assenza con la richiesta di fruizione delle ferie già maturate, al fine di sospendere il decorso del periodo di comporta. A ciò va aggiunto che non sussiste alcun principio per il quale il datore di lavoro debba d'ufficio convertire l'assenza per malattia in ferie. Né, a maggior ragione, esiste un dovere del datore di lavoro di avvertire il lavoratore, assente per lungo tempo, che il periodo di conservazione del posto sta per scadere. Infatti, il lavoratore è in grado, anche con l'assistenza di un sindacato, di effettuare la somma dei giorni di assenza per malattia e di verificare se il periodo di conservazione del posto stia per scadere.



Catanzaro

Sangue infetto: la prescrizione è più lunga

“La prescrizione per le cause di risarcimento danni nei confronti del ministero della Salute per omessa vigilanza sulla tracciabilità del sangue non decorre dal giorno della eseguita trasfusione, né da quello in cui sono rilevati i primi sintomi della malattia. La prescrizione decorre da quando il danneggiato ha avuto consapevolezza della riconducibilità della sua malattia alla trasfusione”. Così ha stabilito la Corte di Cassazione (Sezioni Unite civili, presidente Vincenzo Carbone, relatore Antonio Segreto) in dieci sentenze (numerate dal 576 al 585) emesse l'11 gennaio scorso, che ampliano la possibilità di indennizzo per quanti hanno contratto epatite o Aids a seguito di trasfusione di sangue infetto, effettuate sia nelle strutture pubbliche sia in quelle private. Ora gli emofiliaci contagiati da sangue infetto hanno un'ar-

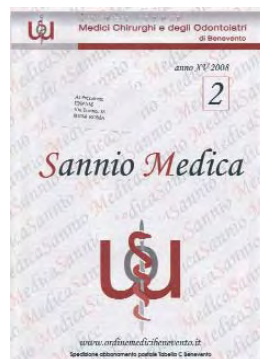


ma in più nei confronti del ministero, perché il termine di cinque anni entro cui fare ricorso non si computa dal momento del contagio ma dal “giorno” in cui il paziente si accorge di aver contratto una malattia ematica a causa del sangue infetto. “L'onere della prova della provenienza del sangue utilizzato e dei controlli eseguiti non grava solo sul danneggiato ma anche sulla struttura sanitaria”, spiegano le Sezioni Unite. E in un passaggio successivo viene analizzato il nesso di causalità. “Anche in materia civile” si applicano “i principi generali delineati dagli articoli 40 e 41 del codice penale”, ma mentre “nel processo penale vige la regola della prova oltre il ragionevole dubbio, nel processo civile c'è la regola della preponderanza dell'evidenza o del “più probabile che non”. In un ulteriore passaggio viene spiegato che la responsabilità ministeriale decorre dai primi anni Settanta (scoperta dell'epatite B) “sia per l'epatite B sia per le infezioni da epatite C o da Hiv, scoperte negli anni Ottanta”. Tutti i casi – si legge ancora – in cui si manifesta un unico evento lesivo, cioè la lesione dell'integrità fisica dell'individuo”.

Benevento

Forum Donne Medico: una nuova realtà ordinistica sannita

Nel marzo 2008 si è costituita a Napoli presso l'Ordine dei Medici – Chirurghi l'Associazione “Forum Donne Medico”, con l'intento di promuovere uno spazio di discussione in cui le donne medico possano confrontarsi e contribuire con le proprie conoscenze ed esperienze alla costruzione di percorsi comuni nei vari ambiti. L'iniziativa è stata accolta e condivisa dalla scrivente, dalle altre rappresentanti femminili ordinistiche e da alcune colleghe. Abbiamo così da un lato partecipato a numerosi incontri presso l'Ordine di Napoli e dall'altro abbiamo cominciato ad incontrarci mensilmente presso il nostro Ordine. Il Presidente e tutto il Consiglio direttivo hanno approvato e sostengono la nostra iniziativa. Gli obiettivi principali del “Forum” (del quale andremo a rappresentare una sezione provinciale in adesione) sono: realizzazione delle pari opportunità in ogni settore della sanità; promozione della medicina di genere; miglioramento del servizio sanitario per le donne; maggiore presenza di donne nell'ambito di cariche dirigenziali; realizzazione di una rete operativa tra associazioni ed Enti, in particolare per i soggetti diversamente abili; promozione di incontri e seminari di formazione.



L'immaginazione al potere

La storia del regno di Ludwig, dalla prematura ascesa al trono, all'età di soli diciotto anni, alla tragica morte, è quella di un uomo che, innalzando l'estetismo ad unica ragione di vita, era condannato sin dal principio ad un lento ma inesorabile declino

di Riccardo Cenci

Forse nessuno ha incarnato gli ideali del romanticismo fino alle estreme conseguenze come Ludwig II di Baviera; il legame indissolubile fra arte e vita, il rapporto strettissimo fra il potere creativo e la malattia, il culto della notte, luogo dell'incanto, contrapposta al giorno, simbolo della realtà e del dovere, la fuga in un passato leggendario, tutto rimanda ad un retaggio culturale ben preciso. Ludwig si pone subito in una posizione del tutto peculiare nell'ambito del mecenatismo; egli nutre l'ambizione di partecipare attivamente alla creazione dell'opera d'arte. In tal senso il rapporto con Wagner è un legame elettivo, vissuto come comunione di anime dall'indole sognatrice del re, certo in modo più prosaico dal compositore, il quale vedeva nella protezione del sovrano un mezzo per eludere le proprie difficoltà finanziarie, garantendosi un futuro privo di preoccupazioni. Proiettando su di lui i propri ideali di per-



Ludwig II in una foto che risale al periodo subito successivo all'ascesa al trono

fezione, Ludwig si esponeva alle più atroci delusioni, considerando anche la scandalosa vita privata del compositore. Se il Wagner artista restava il simbolo di una realtà eccelsa, il Wagner uomo, con le sue debolezze e la sua doppiezza, andava allontanato, come in effetti avven-

ne, anche a costo di grandi sofferenze.

L'estro creativo del re trova sfogo nella sua passione per l'architettura, coltivata sin da bambino, un'esigenza che gli consentirà in seguito di progettare e creare una serie di edifici specchio della sua personalità. Difficile sfuggire

al fascino delle folli architetture pensate da Ludwig se lo stesso Visconti, in Germania per le riprese della *Caduta degli Dei*, ne rimase tanto colpito da pensare immediatamente ad un film sull'enigmatica personalità del sovrano, film che effettivamente girò alcuni anni dopo e che resta fra i vertici della sua produzione. I castelli fatti costruire dal re, Neuschwanstein, Linderhof ed Herrenchiemsee, rappresentano altrettanti monumenti eretti al suo solipsismo, al suo desiderio di sfuggire alle responsabilità di governo, mausolei nei quali seppellire le proprie utopie. "Forse sono proprio i nostri progetti più ambiziosi a tradire maggiormente il grado della nostra insicurezza", scrive Sebald nel romanzo *Austerlitz*; l'idea del monumentale svela la nostra fragilità, anche le costruzioni più ardite hanno in sé i germi della futura distruzione. Tramite l'indagine degli edifici eretti dall'uomo lo scrittore intraprende una ricerca che lo conduce fin nei meandri più oscuri dell'anima. Non a caso il film di Visconti si svolge prevalentemente in interni, mentre è solo dai riflessi che sconvolgono la fragile psicologia del sovrano che si coglie l'eco degli avvenimenti storici che accadono al di fuori. Difficile non pensare ai personaggi di Thomas Bernhard, chiusi in una solitudine ostinata che diviene condizione patologica,

dediti a portare avanti una creazione artistica che non riusciranno mai a concludere, difficile non pensare al principe di Saurau, protagonista del romanzo "Perturbamento", il quale arriva a tenere a bada i propri incubi soltanto dopo aver assistito ad uno spettacolo, unico evento capace di regalargli una notte di quiete. Il teatro sembra racchiudere in sé un estremo potere incantatorio, la capacità di offrire un barlume di quella verità sempre cercata e mai colta appieno. Anche Ludwig riusciva a sottrarsi alle miserie umane immergendosi totalmente nel mondo incantato che Wagner, "il tessitore di sogni", creava per lui; un mondo che egli voleva riprodurre nei propri castelli, come nella grotta di Venera a Linderhof, ispirata al *Tannhäuser*, palcoscenico artificiale sul quale il re trasformava in realtà le proprie illusioni. "Evidentemente il tempo della nostra vita non basta per riuscire a farci capire" scrive Bernhard, e Ludwig aveva rinunciato quasi subito all'idea che il mondo potesse comprenderlo. Come un personaggio di Stifter, egli si rifugia nella solitudine per salvare dalla società quell'ideale di artistica purezza sul quale basa l'intera sua esistenza. "Ciascuno di noi è completamente isolato in se stesso" dice ancora lo scrittore austriaco, ma la frase potrebbe ugualmente essere stata pronunciata da Ludwig.



Il Castello di Neuschwanstein in una fotocromia (1890-1900)

Il principe di Saurau, con il suo progressivo allontanarsi dalle relazioni sociali, con il suo essere giudicato pazzo dagli altri, pur conservando un'estrema lucidità di pensiero, ha molto in comune con il re di Baviera. Tanto si è scritto sulla presunta follia di Ludwig; il declino fisico e psichico che si manifestò nell'ultimo decennio del suo regno, l'acuirsi delle sue eccentricità, la rinuncia definitiva alle prerogative del governo, tutto giocò in favore dei congiurati i quali, costruendo ad arte un castello di accuse inconfutabili, nonostante la popolarità di cui ancora godeva il sovrano, riuscirono con un colpo di stato a deporlo dal trono. Certo la storia della famiglia dei Wittelsbach è costellata da stranezze, segnata da tare ereditarie generate dall'uso nobiliare dei matrimoni fra consanguinei. La pazzia del fratello Otto fu sempre

un peso difficile da sopportare, un'ombra che sembrava incalzarlo da presso. Eppure il comportamento bizzarro di Ludwig, la sua crescente abitudine a dormire di giorno ed a vivere di notte, i suoi scatti d'ira, gli incubi di cui soffriva, non possono da soli giustificare la diagnosi di pazzia emessa dal dottor Gudden, il quale del resto non lo aveva neppure visitato; tutto sembra invece evidenziare i caratteri di una personalità incapace di relazionare con il mondo, pur conservando una chiara capacità di giudizio. Nell'animo di Ludwig la fantasia, quell'immaginazione che è cifra peculiare del romanticismo, sembra aver preso il sopravvento sulla realtà. L'imperatrice Elisabetta, la persona che forse maggiormente riuscì a penetrare gli abissi della sua mente, disse una volta che il cugino non era abbastanza pazzo da essere rinchiu-

so, ma era troppo anormale per intrattenere rapporti con le persone sane, ed ancora, quando ricevette la notizia della sua morte, che era solo un eccentrico che viveva in un mondo di sogni.

Il 13 giugno 1886, dopo la forzata deposizione, i corpi del sovrano e del dottor Gudden vennero ritrovati nel lago di Starnberg.

Il re ha ucciso il medico e poi si è suicidato, oppure è caduto vittima di una congiura, o ancora ha eliminato il suo sorvegliante ed è annegato nel tentativo di fuggire? A questi interrogativi nessuno ha saputo dare una risposta definitiva. Il carattere misterioso della morte di Ludwig è il degno coronamento di un'esistenza vissuta nel segno dell'estetismo più estremo, specchio di un'epoca che di lì a poco avrebbe visto il declino di tutti i suoi ideali. •

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



Clinica delle tossicodipendenze

La cura delle tossicodipendenze e la relativa riabilitazione sono oggi una delle sfide più impegnative per la medicina e le scienze psicologiche. La gravità di questo fenomeno in continua evoluzione e le frequenti delusioni cui va incontro chi richiede un aiuto e chi cerca soluzioni per questa piaga sociale, hanno spinto

Paolo Baroncini a redigere questo agile manualetto, organizzato in schede di facile consultazione. La vasta esperienza clinica dell'autore e la sua ricerca per l'umanizzazione degli interventi, lo renderanno di grande utilità per i professionisti impegnati nel settore delle tossicodipendenze e dell'emarginazione adulta e per chi, vivendo da vicino questo dramma, voglia conoscerlo nei suoi vari aspetti e apprendere le mosse più opportune per affrontare correttamente il problema.

Paolo Baroncini

"Clinica delle tossicodipendenze"

Clueb, Bologna - schede 75, euro 12,00

Politica, salute e sistemi sanitari

Da circa vent'anni i sistemi sanitari di tutto il mondo sono sottoposti a continue tensioni politiche, economiche, finanziarie, scientifiche, culturali, demografiche e sociali che intervengono a complicare questo delicato settore in continua evoluzione.

Partendo dalla nascita del moderno sistema sanitario e dalle prime assicurazioni sociali di metà ottocento, Gavino Maciocco, in un approfondito itinerario storico, esamina tutti i passaggi di questo complesso sviluppo, che ha condotto alla concezione della salute come diritto fondamentale dell'uomo, alla formazione dell'Oms e delle altre istituzioni sanitarie, e riporta, con dati aggiornati, i risultati conseguiti dai paesi sviluppati, da quelli in via di sviluppo e dai sistemi sanitari nell'epoca della globalizzazione.



Gavino Maciocco

"Politica, salute e sistemi sanitari"

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma - pp. 191, euro 19,00

Patologia e chirurgia dello spazio subacromiale

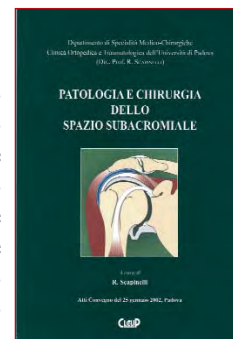
L'interesse per le patologie dello spazio subacromiale, di cui si è discusso a Padova il 25 gennaio 2002, è dato dal fatto che ognuna delle importanti strutture anatomiche che lo compongono può divenire sede di infermità di varia natura. Le patologie prevalenti sono quelle croniche degenerative dovute all'età, ma numerose sono anche le lesioni causate dagli incidenti propri delle attività lavorative e sportive.

La pubblicazione degli atti di quel convegno è stata curata da Raffaele Scapinelli, che in quell'occasione presentò una tecnica operatoria innovativa per la soluzione delle rotture massive inveterate irreparabili della cuffia dei rotatori della spalla che fu molto apprezzata all'estero e che nel 2005 ha trovato spazio sulla rivista americana *Techniques in Shoulder and Elbow Surgery*.

Raffaele Scapinelli

"Patologia e chirurgia dello spazio subacromiale"

Cleup, Padova, pp. 159



Discorsi sulla Scuola medica salernitana

Il medico veramente amante della sua professione non può restare indifferente alla storia dell'evoluzione della medicina. Avrà perciò motivo di apprezzare le erudite relazioni, modestamente definite conversazioni, che Giuseppe Lauriello, cultore di storia antica, ha tenuto in occasione di convegni medici e riunioni culturali e ha ora riunito in questo libro. Con questi interventi egli traccia un profilo della Scuola medica salernitana incentrando l'attenzione su Giovanni da Procida, uomo politico e medico personale di Federico II, e Ruggero di Frugardo, autore del più antico testo di chirurgia e progenitore della moderna fase scientifica di quest'arte. Le conversazioni qui raccolte sono corredate da un ricco apparato di note che completano e approfondiscono il testo.



Giuseppe Lauriello

"Discorsi sulla Scuola medica salernitana"

Laveglia Editore, Salerno - pp. 143, euro 10,00

Manuale di chirurgia plastica pediatrica

In questo volume Andrea Franchella riunisce diversi argomenti di chirurgia plastica pediatrica sviluppati da chirurghi dell'Unità operativa di chirurgia pediatrica dell'Azienda Ospedaliera universitaria e della Scuola di specializzazione in chirurgia pediatrica di Ferrara che riassumono le esperienze degli ultimi trent'anni di quelle istituzioni. Tra i numerosi casi trattati, alcuni sono oggetto di una ricerca costruita sia in campo sperimentale che clinico, mentre le proposte terapeutiche sono in costante evoluzione (ad esempio la labiopalatoschisi), altri invece, troppo spesso trascurati dalla letteratura ufficiale (quali i nevi melanocitici, le cicatrici ipertrofiche e i cheloidi), sono stati sviluppati con l'importanza che la loro frequenza richiede.

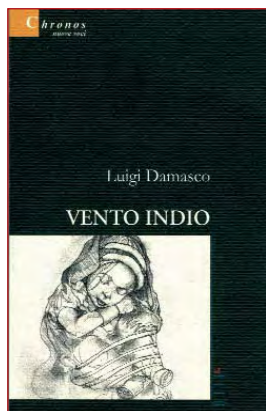


Andrea Franchella
"Manuale di chirurgia plastica pediatrica"
 Cleup, Padova - pp. 431, euro 30,00

Vento indio

Una pattuglia di conquistadores dà la caccia ad un gruppo di fuggiaschi Quechua sulla Cordigliera delle Ande, le imponenti, misteriose montagne che gli amerindi sentivano come entità animate e protettrici. Questa storia permette a Luigi Damasco di mettere a confronto due civiltà antitetiche: quella degli Incas e quella occidentale, rappresentata dagli Spagnoli e la narrazione, fatta attraverso l'io narrante del vecchio capo Quechua, tra la dimensione onirica e l'espressione poetica, mostra una immedesimazione e una partecipazione emotiva capaci di coinvolgere il lettore.

L'abbondante terminologia quechua e spagnola, che arricchisce la storia, si rivela come segno di studio approfondito e di reale competenza nella materia e avrebbe meritato un maggior uso della traduzione e di note esplicative per una migliore comprensione delle parole straniere.



Luigi Damasco
"Vento Indio"
 Il Filo, Roma - pp. 95, euro 14,00

In breve

Franco Bucca I SILENZI DELLA LUNA

Un caso di regressione, registrato dagli allievi dell'autore nelle sedute di Psicoterapia del Profondo, riporta, in forma di romanzo, la storia di un uomo che soffre di depressione e vive in una sorta di separazione dell'anima dal corpo. Questo lavoro è stato presentato e discusso, come tesi di specializzazione, presso l'Università di Siena.

Servizio editoriale fiesolano, Fiesole (FI)
 pp. 45, euro 13,00

Eugenio Morelli LA SALUTE IN ITALIA

Raccolta di articoli con i quali l'autore, scrittore e poeta che ha sempre mostrato interesse per l'umanità negletta, affronta questioni riguardanti il cittadino e l'attività sanitaria. Gli articoli trattano in forma discorsiva i più comuni problemi della gente (la longevità, il sesso, l'insonnia, l'handicap, l'accolismo, ecc.) e ne sollecitano un'attenzione adeguata.

tel. 0438 32027
 pp. 46, euro 7,00

Gianfranco Caldarelli L'ULTIMO BARONE

Un chirurgo della Clinica Santa Chiara di Pisa racconta i quaranta anni della sua vita professionale iniziata nel 1964, epoca in cui operavano ancora i cosiddetti "baroni". I lati positivi di situazioni e personaggi sono raccontati con molta schiettezza e le manchevolezze sono riconosciute, con altrettanta oggettività, senza alcun astio.

Edizioni ETS, Pisa
 pp. 108, euro 10,00

Nunzio Spina I CONGRESSI SIOT A BOLOGNA: CENTO ANNI DI STORIA

Sullo sfondo delle attività e dei successi dell'Istituto Rizzoli, dieci congressi della Società italiana di ortopedia e traumatologia tenutisi a Bologna dal 1907 hanno marcato le tappe evolutive di questa specialità.

Il libro ne fa rivivere le sedute e i temi di relazione, fornendo notizie biografiche ed episodi singolari ed interessanti.
Edizioni Simple, Macerata
 pp. 141

B.W. Pipkin, D.D. Trent, R. Hazlett GEOLOGIA AMBIENTALE

Questo importante testo americano, la cui traduzione è stata coordinata da Rinaldo Genevois, tratta delle relazioni tra l'uomo e il suo ambiente e della gestione dell'inquinamento e dei disastri naturali. La parte teorica è esemplificata e vivificata dalla descrizione dei più noti e drammatici eventi realmente accaduti negli ultimi decenni.

Piccin Nuova Libreria, Padova
 pp. 488, euro 68,00

LE MEDICINE NON CONVENZIONALI IN ITALIA

Storia, problemi e prospettive di integrazione



Frutto dell'incontro tra la sociologia della salute e la componente più aperta della medicina italiana che ricerca da tempo nell'unione con le Medicine Non Convenzionali (MNC) lo stimolo e l'occasione per un suo ripensamento profondo nella direzione di una nuova medicina centrata sulla persona, questo lavoro si articola in due parti. La prima mette a fuo-

co quelle che si possono definire le "questioni aperte" sulla strada della realizzazione di una medicina integrata: tra i vari argomenti la domanda di MNC da parte dei cittadini, i suoi profili di prevalenza e le modalità di utilizzo; l'offerta pubblica e privata di MNC in Italia e le sue caratteristiche organizzative e professionali; il ruolo del sistema politico e degli Ordini professionali nei processi di regolamentazione e autoregolamentazione delle MNC.

Nella seconda parte alcuni dei più qualificati esponenti delle diverse MNC presentano un quadro della loro disciplina partendo da una sua ricostruzione storica per descrivere poi i principali strumenti formativi, professionali e di ricerca scientifica che ogni MNC si è data.

Quello che emerge è un quadro dello stato dell'arte delle MNC ricco e variegato.

Guido Giarelli, Paolo Roberti di Sarsina, Bruno Silvestrini

"Le medicine non convenzionali in Italia"

Edizioni Franco Angeli, pp. 412, euro 25,00

IL "CORRIERINO" DI SEBASTIANO CRAVERI

"Tutto cominciò durante la mia adolescenza, quando uscì il primo numero di un giornale a fumetti che si chiamava "Il Vittorioso". Attraverso quelle pagine iniziai a conoscere un disegnatore che illustrava le sue favole: si chiamava Sebastiano Craveri, detto anche PinTin. Poi diventai "grande" e dimenticai i fumetti, Il Vittorioso e Craveri. Ma nell'aprile del '72 ritrovai quel giornale e rilessi le favole illustrate da PinTin. Feci allora tutto il possibile per ritrovare e conoscere Craveri e lo



rintracciai a Torino, gravemente ammalato. Come medico gli fui costantemente vicino per alleviare le sue sofferenze, ma il 25 ottobre del '73 Sebastiano Craveri morì.

Nonostante gli anni passati dalla sua scomparsa, è in me sempre vivo il ricordo del tempo trascorso vicino a lui, della sua malattia e del suo grande valore artistico. Poi, nel '90, anche la moglie morì, ma prima volle donarmi la proprietà letteraria di tutta l'opera del marito con la promessa che avrei fatto l'impossibile per rivalorizzare il lavoro di PinTin. Per comprendere la valenza artistica di Sebastiano Craveri basti ricordare che si occupò di lui anche l'enciclopedia americana del fumetto".

Mauro Giubbolini (tel. 335/8011095 – s.craveri@fastwebnet.it)

LA FORZA DI VIVERE

Per affrontare con armonia il cambiamento

"Questo libro non è un libro di guerra – sostiene il prof. Sandro Spinsanti nella prefazione al libro di Ada Burrone *La forza di vivere* -. Parla di cancro, ma non si allinea con la cultura sanitaria fatta propria da questo settore della medicina, ancor più di altri, come a una guerra ad oltranza contro un nemico da bombardare, distruggere, affamare. Ma se il contrario della guerra è il pacifismo, lo scritto di Ada Burrone non è pacifista. Perché è un libro di lotta. Parla di crescita: e la crescita non è un regalo, ma è il risultato di uno sforzo intelligente e organizzato. Non c'è niente di antiscientifico in questa lotta. La scienza medica – rappresentata dai migliori tra i medici: quelli che sanno prendersi cura, oltre che curare – è un'alleanza, non una nemica. E Ada non fa mancare qualche opportuno consiglio che potremmo rubricare come buon uso del medico. Ma è una lotta che va oltre la scienza. Perché per crescere – con il cancro, dopo il cancro, dopo ogni perdita e devastazione nella vita – ci vuole saggezza..."



Ada Burrone

"La forza di vivere"

Edizione Attivecomeprima, Tel. 02-6889647, email cp@attivecomeprima.org

Oltre alla pubblicazione del volume *"La forza di vivere"*, l'associazione Attivecomeprima ha organizzato per il 5 ottobre, presso il Teatro Carcano (Corso di Porta Romana 63, Milano) una serata di cultura e spettacolo (per informazioni contattare Attivecomeprima).

Un partenopeo "internazionale"

A colloquio con il pianista Bruno Canino, incontrato in occasione del 7° Festival paganiniano: dalla nascita della sua "passione" alla carriera come solista, ripercorriamo le tappe del suo memorabile percorso artistico

di Paola Stefanucci

È la quintessenza della misura, del rigore e della classe. Le stimolate del successo non hanno scalfito la sua semplicità. Eppure è un pianista leggendario. Bruno Canino, che ha fatto della musica la ragione della sua esistenza, non ha certo bisogno di presentazioni. Lo abbiamo incontrato a Carro, minuscolo ma incantevole borgo sito nell'Alta Val di Vara che si pregia di aver dato i natali ai genitori di Niccolò Paganini e da sette anni è la fantasmagorica cornice, grazie al fervido impegno della Società dei Concerti della Spezia, di un prestigioso festival dedicato al geniale compositore e violinista genovese. Dopo aver tenuto un impegnativo (e me-

morabile) concerto insieme al violinista moscovita Sergej Krylov, la cui fama (planetaria) è forse pari alla sua, il mitico musicista partenopeo non si è sottratto alle nostre domande alle quali ha risposto con amichevole disponibilità, nonostante fosse già proiettato verso un'altra partenza, un altro concerto, un'altra (entusiastica) platea.

Maestro Canino, può ripercorrere le tappe principali del suo straordinario percorso artistico?

"La felicità non ha storia", si dice. Non mi ricordo neanche come ho cominciato questo mestiere. Ho studiato prima nella mia città Napoli, poi a Milano. Ho conseguito la maturità classica e tre diplomi. Ai miei tempi i concorsi erano pochi.

E aggiungerei molto selettivi...

Sì. Ne ho fatto un paio. È andata bene. Ho iniziato a suonare. Ho avuto la fortuna di incontrare Severino Gazzelloni. Avevo fatto un corso di musica d'avanguardia (allora ne facevo molta) e partecipato ad un concorso a Darmstadt. Lui era in giuria. Da lì, immediato, l'invito a suonare insieme. Nel corso della mia carriera ho accompagnato e suonato con molti amici, Cathy Berberian, Luciano Berio, Bruno Maderna, Salvatore Accardo. Ero compagno di classe di Claudio Abbado. Poi mi sono dedicato prevalentemente alla musica da camera. Da cinquant'anni suono con il mio sodale Antonio Ballista. E c'è anche l'attività solistica, attività che, purtroppo, aumenta sempre più.

E l'attività didattica?

Ho insegnato al Conservatorio di Milano per un quarto di secolo, e poi a quello di Berna. Adesso insegno a Madrid e a Fiesole e tengo anche delle Masterclasses.

Nella sua orbita creativa c'è anche la composizione. Certo sono anche compositore, ma ho poco tempo per scrivere.

Ma come è nata la passione per il pianoforte?

In casa mia c'era un pianoforte. E degli spartiti d'opera. Il mio papà era ingegnere, ma amava molto la musica. Posso affermare che l'amore per la musica mi è stato trasmesso dai miei genitori. Ricordo quando da bambino mi condussero a teatro a vedere *Butterfly*. Versai fiumi di lacrime. E a casa trascorsi tutta la giornata a studiare lo spartito, singhiozzando. Oggigiorno è più raro avere un pianoforte in casa, ci sono i cd, i players, ecc.

Infatti, oggi, la musica viene più consumata che compresa.

Quasi tutti amano - e consumano - la musica, ma non sono abbastanza coloro che fanno musica non professionalmente. La fine del dilettantismo non è stato un fatto positivo. Non credo comunque che il cosiddetto "competente" abbia delle chances in più rispetto all'ascoltatore comune per apprezzare un concerto.

Quale strategia suggerisce per lo sviluppo dell'educazione musicale nel nostro Paese?

L'educazione musicale nelle scuole non musicali. La carta vincente è solo questa.

Un musicista poliedrico e sensibile come lei ha un sogno nel cassetto?

Dovrei averne? Mi piacerebbe dirigere un'opera: il *Don Giovanni* o *Wozzeck*, il capolavoro noir di Alban Berg. Ma so che è pura velleità. •



Dobro, la chitarra che ha "inventato" il blues

di Piero Bottali

A vederla sembra una chitarra normale: ha la forma di donna, con vita stretta e fianchi leggermente più larghi delle spalle. Ma diverso, anzi rivoluzionario, è il sistema di produzione del suono, della sua amplificazione e propagazione. È la

Dobro, nata da una concezione dell'acustica lontana anni-luce da quella delle chitarre solite, e chiamata "resofonica" per il risonatore fonico che amplifica il suono invece della tradizionale cassa armonica. Vediamo com'è fatta. Si è partiti dal postulato che un risonatore a forma di tronco di cono inserito dentro il corpo di una chitarra avrebbe potuto amplificare notevolmente il suono prodotto dalla vibrazione delle corde pizzicate. La base maggiore del troncocono è rivolta verso l'interno, cioè verso il fondo dello strumento. Le sei corde in acciaio poggiano su un ponticello fissato su un "biscotto" circolare che a sua volta sta sul risonatore trasmettendogli le vibrazioni prodotte dalle corde stesse. Queste vibrazioni, così amplificate, vengono inviate contro il fondo della chitarra, che a sua volta le rimanda verso l'alto, cioè verso la tavola armonica (che non è proprio una tavola, ma la chiameremo così per semplicità) dalla quale fuoriescono da due tagli ad effe, simili a quelli di un violino, posti sulle spalle della chitarra. Un lampo di ingegno applicato all'acustica strumentale, certo, ma che riprende il principio di amplificazione e diffusione del suono tramite megafono che, in virtù della sua forma, espande le onde sonore e le espelle ad un volume maggiore di parecchi decibel di quando erano

state prodotte. Ma la rivoluzione acustica della Dobro non finisce qui. Oltre al risonatore (con vistoso coperchio cromato) anche la cassa armonica è in metallo, esattamente in bronzo da campana (bell brass,

**È amata dai quei bluesmen
intimistici e solitari che cercano
effetti acustici speciali per rivestire
il pathos di suoni morbidi e lunghi**

lo precisano con orgoglio i costruttori) nichelato e polito a specchio. Risonatore e cassa armonica bronzea hanno compiuto un miracolo di timbrica, che ha affascinato generazioni di bluesmen dalle origini ai nostri giorni. La Dobro la amano infatti quei bluesmen intimistici e solitari che cercano effetti acustici speciali per rivestire il pathos di suoni morbidi e lunghi, laceranti, lamentosi, evanescenti, lontani, che nel blues vanno oltre la musica ma si fondono con una sorta di "colonna sonora dell'anima".

La storia della Dobro comincia nel 1925 nella bottega di riparazione di strumenti musicali di John e Rudy D'Opera, emigrati negli Stati Uniti. John, vero genio dell'acustica (nessuna sorpresa: era italiano) un bel giorno decide di sperimentare una nuova chitarra inserendole nel corpo di legno un altoparlante conico di un fonografo a disco (*old wind-up victrola*, recitano le cronache). Rudy ha poi l'audace idea di sostituire il corpo ligneo col metallo; il risultato è semplicemente meraviglioso: volume più potente, timbro più brillante e luminoso. Era il 1928 ed era nata la prima chitarra resofonica della storia e il blues, da poco "inventato", poteva esprimersi meglio. •



*La Dobro è stata la
chitarra dalla voce
forte del blues quando
l'amplificazione elettrica non
era stata ancora inventata; per due
grandi degli inizi del '900, Bukka White
e Blind Boy Fuller, fu lo strumento per
esprimere i loro sentimenti*

Vita hollywoodiana di un mancato avvocato

di Maricla Tagliaferri

L'abbiamo scampata bella. Abbiamo rischiato di avere un avvocato in più. Invece per fortuna, per pagarsi l'università, Monica Bellucci cominciò a lavorare come modella e in breve libri ed esami finirono nel dimenticatoio, sostituiti dalle

copertine di magazine prestigiosi come *Elle*, dalle passerelle degli stilisti più importanti, dall'obiettivo del grande fotografo Richard Avedon e dai vagabondaggi di lusso fra New York e Parigi.

Oggi Monica Bellucci completa il binomio per cui siamo famosi all'estero: pizza, mandolino e Lei. Provate a chiedere. Gira un film dopo l'altro, passando con disinvoltura da Spike Lee a *Matrix*, dai noir raffinati di Corneau agli action tipo *Spara o muori*, fino al recente piccolo *L'uomo che ama*, di Maria Sole Tognazzi, con Pierfrancesco Favino. Ha avuto partner da far invidia, da Bruce Willis a Riccardo Scamarcio a Keanu Reeves a Clive Owen. Spesso candidata ai premi più significativi, se n'è finora aggiudicato uno solo, il Nastro d'Argento per *Ricordati di me* di Gabriele Muccino. Va e viene dagli schermi di Cannes, l'ultima volta con *Sanguepazzo*, dove interpretava la diva del fascismo Luisa Ferida.

Lei sorride, dall'alto dei suoi magnifici 44 anni: "Davanti alla macchina da presa l'emozione è sempre la stessa. Come dico sempre, io sono stata molto fortunata a poter spaziare nel mondo", ripete. E non per finta. Perché se ne sta ben piantata coi piedi per terra, adattando alla vita da star il buon senso appreso nella natia Città di Castello. Ha costruito una famiglia solida

con Vincent Cassel e la figlioletta Deva e ne parla con semplicità: "È la cosa più emozionante che m'è capitata finora. Vorrei un secondo figlio, sì. Ma la maternità non è un obbligo per le donne". Per Deva è stata lontana dai set per un po' e ora che è tornata, parla come una mamma qualunque: "Non ho il tempo di fare più niente, leggo solo fiabe e fumetti per bambini, vivo una regressione senile anticipata. Internet? Non ho la testa per imparare, quando ho bisogno di un'informazione, la chiedo. Ginnastica? Sono un disastro, lo so, dovrei, ma non ci riesco". E sembra Nonna Papera quando ammonisce le ragazzine fissate con la dieta: "Mangiate tranquille, agli uomini piacciono le donne con le curve al posto giusto".

Puntualmente assediata dalle domande, si ritrae: "Sono solo un'attrice, faccio film, scelgo quello che mi interessa. Parlare di me mi sembra particolarmente noioso. Non vado neanche in analisi perché trovo troppo faticoso raccontarmi". Pretende di essere una persona docile: "Sono una spettatrice di bocca buona, mi piace sempre tutto. Come attrice è meno facile trovare un buon copione. Ma quando lo trovo lascio fare al regista, divento una geisha, obbedisco e rispetto, mi abbandono. Non ho il tic del controllo totale".

Quando si imbruttisce come fece per *Il concilio di pietra* o rinuncia al trucco come per *Agents secrets*, riesce a dire cose come: "Quando il fisico viene meno, si bada di più alla recitazione". Quando è sugli schermi con più di un film, come le capita spesso, non si preoccupa della sovraesposizione: "Tutto si brucia in fretta in questo mestiere". E se le si chiede una top ten dei suoi lavori preferiti dice: "Non guardo al passato. Sono legata a tutti i film che ho fatto, tutti mi hanno fatto crescere un pochino. In Francia amano *Irreversible*, in America mi ricordano per *Malèna* di Tornatore. Ma per me non fa una gran differenza la grande produzione o il piccolo film indipendente". E neanche, pare, la dimensione del ruolo: nel nuovo film di Tornatore, *Baaria*, fa un'apparizione fugace e non dice neanche una battuta. •



Lake Louise

British Columbia e Montagne Rocciose



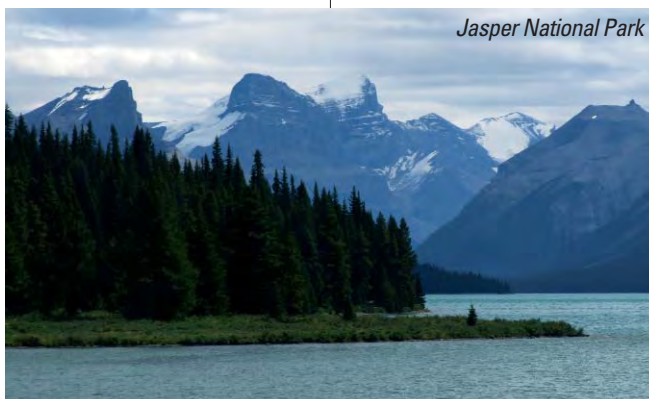
Sulle strade del Canada da Vancouver alla provincia di Alberta, per scoprire i meravigliosi paesaggi e le tradizioni dei nativi. Jasper National Park, fondato nel 1907, è il più grande e selvaggio dei quattro parchi nazionali e, insieme al Banff National Park, patrimonio Unesco

**foto e testo
di Mauro Subrizi**

Se il Canada è famoso per il paesaggio dall'inconsueta bellezza, il British Columbia può vantare la presenza di alcune delle meraviglie naturali più straordinarie del Paese. Si tratta di una provincia dalle dimensioni gigantesche, con una superficie tre volte quella dell'Italia, dove si trovano una grande varietà di paesaggi, dalle Montagne Rocciose del nord con i loro picchi aspri, alla meridionale Okanagan

Valley, ricca di frutteti e viti. Il clima temperato della regione fa sì che il British Columbia abbia più specie di piante ed animali che il

resto del Paese. Ogni anno arrivano numerosi turisti, attirati dalle molte attività da fare all'aperto, ma il luogo non è fantastico solo per



Jasper National Park

l'ambiente naturale: le tradizioni dei nativi sono infatti tutte da scoprire.

Il nostro viaggio per il nord-est inizia da **Vancouver**. La città ha una straordinaria posizione geografica, stretta fra le aspre Coast Mountains e la placida bellezza dell'Oceano Pacifico. Il panorama è chiaramente il suo maggior punto di forza, ma non è l'unico, l'affascinante tradizione aborigena è illustrata nei musei della zona, mentre la pittoresca storia dei pionieri è testimoniata dai quartieri più antichi della città. Tra quest'ultimi Gastown che si trova di fronte alle acque di Burrard Inlet. Il quartiere si formò attorno ad un saloon, aperto nel 1867 da "Gassy" Jack Deighton la cui statua è visibile in Maple Tree Square. Oggi Gastown è un affascinante miscuglio di strade selciate, edifici del XIX secolo restaurati e negozi.

La prima sosta del viaggio si effettua per ammirare il **Capilano Suspension Bridge**, il ponte (una passerella trattenuta da cavi) costruito nel 1889 sospeso a 70 metri sull'omonimo Canyon. Si prosegue sulla Highway 99 sino a Whistler, la più grande località sciistica del Canada situata tra le bellissime Coast Mountains, a soli 120 km da Vancouver. Sarà la sede principale dei

**Prima dell'arrivo
della ferrovia
intorno a Banff
vivevano gli indigeni
Blackfoot**

Giochi olimpici invernali del 2010.

Continuando sempre sulla 99 a nord per alcune centinaia di chilometri si arriva a Cache Creek, dove è possibile prendere la 1 est o 97 sino a **Kamloops**. Il nome, nella lingua dei nativi, significa "dove i fiumi si incontrano". Situata in una valle alla confluenza del North Thompson River, South Thompson River e Thompson River, Kamloops è sempre stata un crocevia di servizi e trasporti. Per i Shuswap i fiumi costituivano una via di trasporto e un luogo dove approvvigionarsi di salmoni già molto tempo prima che arrivassero i pionieri nel 1811.

Da Kamloops si imbecca la 5 verso nord est e si entra, dopo 150 chilometri di una splendida strada panoramica che costeggia le Montagne Rocciose, nella provincia di Alberta, dove sono situati i più bei parchi nazionali del Canada.

Jasper National Park, fondato nel 1907, è il più grande e settentrionale dei quattro parchi nazionali delle Montagne Rocciose, ed è anche il più selvaggio. Misura 10.878 kmq di alte cime e valli punteggiate di laghi glaciali e comprende il Columbia Icefield, una vasta distesa di ghiaccio che in alcuni



Banff

punti raggiunge uno spessore di 900 metri. Da qui, spuntoni di ghiaccio si estendono in molte delle valli di Jasper. Alcuni dei percorsi più accessibili del parco iniziano dal lago e dal canyon Maligne e dalla città di Jasper. Questa città si trova più o meno nel centro del parco ed è il punto di partenza per molte visite e gite alle attrattive principali della zona,

tra cui le Miette Hot Springs e le Athabasca Falls, le cascate più impressionanti del parco.

Lasciando la città di Jasper si prosegue sulla 93 sud est per quasi quattrocento chilometri attraverso le montagne sino alla città di Banff.

Banff National Park è il più noto parco nazionale delle Montagne Rocciose, ma è

anche il primo del Canada. Fu fondato nel 1885, dopo che nel 1883 furono scoperte delle sorgenti calde naturali. A Banff vi sono venticinque vette che superano i 3 mila metri, che si riflettono magicamente nelle acque turchesi dei molti laghi del parco. Oggi il Banff National Park copre una area di 6641 kmq ed è composto da alcuni dei paesaggi più belli del Paese. Comprende cime montuose imponenti, foreste, laghi glaciali e fiumi impetuosi. Secoli prima dell'arrivo della ferrovia, nelle valli intorno a Banff vivevano gli indigeni Blackfoot. Dal 1985 i parchi di Jasper e Banff sono diventati patrimonio dell'Umanità dell'Unesco. •

Athabasca Falls



**Whistler
sarà la sede
principale
dei Giochi olimpici
invernali del 2010**

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

IL FASCINO DELL'ARTE EMILIANA. DIPINTI E DISEGNI DAL XVI AL XIX

BOLOGNA - fino 20 dicembre 2008
La mostra presenta quaranta interessanti opere di artisti emiliani o attivi in Emilia dal Cinquecento al Settecento.
Galleria d'Arte Fondantico
telefono: 051 265980

CORREGGIO

PARMA - fino al 25 gennaio 2009
È la più ampia ed organica mostra che sia mai stata dedicata ad Antonio Allegri, noto come Correggio.
Palazzo della Pilotta
telefono: 0521 233617 e 199 199111
www.gallerianazionaleparma.it

GIOVANNI BELLINI

ROMA - fino all'11 gennaio 2009
Grande mostra monografica con oltre sessanta opere, ovvero i tre quarti della produzione certa del pittore veneziano, provenienti dai più grandi musei del mondo.
Scuderie del Quirinale
telefono: 06 39967500

DA COROT A PICASSO E DA FATTORI A DE PISIS. LA PHILLIPS COLLECTION DI WASHINGTON E LA COLLEZIONE RICCI ODDI DI PIACENZA

PERUGIA - fino al 15 gennaio 2009
Due celebri collezioni a confronto, da una parte i maggiori maestri dell'impressioni-

smo e delle avanguardie europee del Novecento, dall'altra i protagonisti dell'arte italiana tra Ottocento e Novecento.

Palazzo Baldeschi al Corso
telefono: 199 199111
www.fondazionecrpg.it

VAN GOGH. DISEGNI E DIPINTI. CAPOLAVORI DAL KRÖLLER-MÜLLER MUSEUM

BRESCIA - fino al 25 gennaio 2009
L'esposizione è dedicata alle opere su carta del pittore, ovvero disegni ed acquerelli, provenienti dalla prestigiosa collezione del Kröller-Müller Museum.
Museo di Santa Giulia
telefono: 0422 429999
www.lineadombra.it

LO SGUARDO SULLA NATURA. LUCE E PAESAGGIO DA LORRAIN A TURNER

MILANO - fino all'11 gennaio 2009
L'esposizione documenta attraverso settanta opere l'evoluzione della tematica del paesaggio come forma di rappresentazione autonoma dalla metà del Seicento fino all'inizio dell'Ottocento.

Museo Diocesano
telefono: 02 89420019

GIROLAMO DAI LIBRI. PITTORE E MINIATORE DEL RINASCIMENTO VERONESE

VERONA - fino al 15 febbraio 2009
Mostra rara, raffinata ed emozionante, dedicata ad un artista che si distinse fin da

giovane, attivo tra la fine del Quattrocento e la metà del secolo successivo.

Museo di Castelvecchio
telefono: 045 8062611
www.comune.verona.it/
Castelvecchio/cvsito/index.htm

CAPOLAVORI ETRUSCHI DALL'ERMITAGE CORTONA (AR)

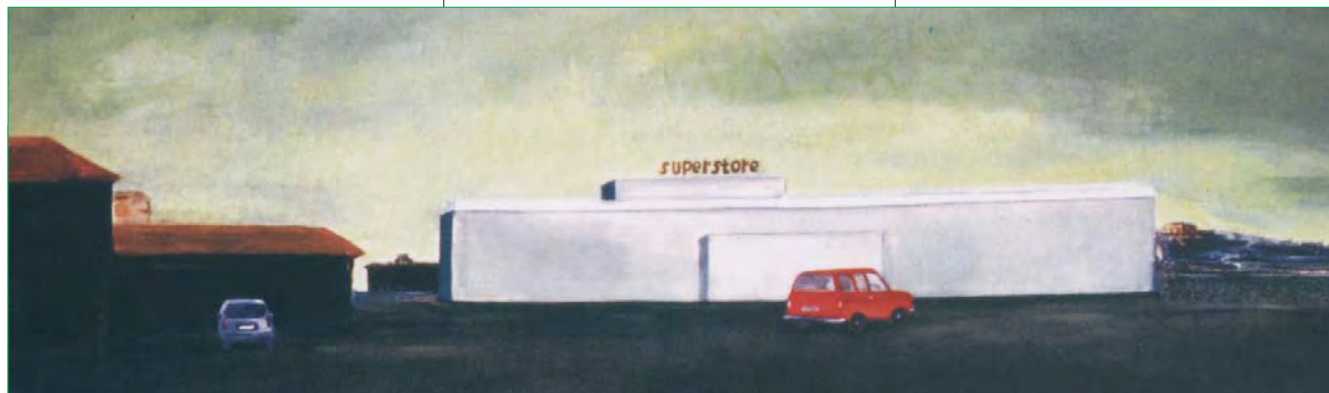
fino all'11 gennaio 2009
La mostra consente di poter ammirare una trentina di eccezionali reperti, in parte mai esposti in Italia prima d'ora.
Maec - Museo dell'Accademia Etrusca e della città di Cortona
telefono: 0575 637235
www.cortonamaec.org

GEORGE BARBIER. LA NASCITA DEL DÉCO

VENEZIA - fino al 5 gennaio 2009
Prima mostra dedicata a George Barbier, artista assai celebre e conteso in vita, illustratore di moda, scenografo, protagonista del movimento déco.
Museo Fortuny
telefono: 041 5209070 - 041 5200995

BOLDINI. MON AMOUR MONTECATINI TERME (PT)

fino al 30 dicembre 2008
Imperdibile appuntamento d'arte dedicato ad uno dei principali protagonisti dell'arte italiana ed europea di fine Ottocento ed inizio Novecento.
Parco Termale - Stabilimento Tamerici



Verena D'Alessandro, "Giorno di chiusura", olio su tela, particolare

"ARTISSIMA 15", fiera internazionale

Dal 7 al 9 novembre, a Torino, si svolge "Artissima15". La mostra si orienta su talenti e gallerie d'avanguardia, con un ricco programma "fuori fiera" che includerà installazioni musicali, performance e i nuovi linguaggi espressivi del fumetto

Una foto dello spazio espositivo allestito nel 2007



di Serena Bianchini

Per imparare a capire il mercato dell'arte e per investire, magari su un'opera emergente, non c'è miglior modo di andare a visitare le fiere, oggi sparse in tutto il mondo, imperdibili per gli addetti ai lavori, elemento principe verso un'immersione totale nel mercato, tra i suoi venditori, galleristi e collezionisti. Durano pochi giorni ed è divertente anche solo osservare l'ambiente. Molto difficile è trovare gli artisti, presenti solo durante il ver-

nissage in cui vi è la possibilità di incontrarli; in queste occasioni è consigliato dialogare con i galleristi che sono molto disponibili e lieti di avere nuovi possibili clienti.

Mi riferisco soprattutto alle fiere di arte contemporanea che sono movimentate, piene di colori, ricche di grandi opere e ormai visitate come delle mostre da giovani e meno giovani i quali trascorrono una giornata per meglio comprendere dove si sta indirizzando il gusto dell'arte.

Per avere qualche idea in

più su un ipotetico acquisto che magari potrebbe rivelarsi un autentico buon investimento, bisogna proiettarsi verso fiere che diano il più possibile spazio all'arte emergente di qualità, a giovani artisti e a gallerie che vogliano sperimentare. È da segnalare dal 7 al 9 novembre, a Torino, Artissima15, fiera internazionale d'arte contemporanea presso Lingotto Fiere, per il secondo anno sotto la direzione di Andrea Bellini, che si orienta su talenti e gallerie d'avanguardia, con un ricco programma "fuori fiera" che includerà installazioni musicali, performance e i nuovi linguaggi espressivi del fumetto.

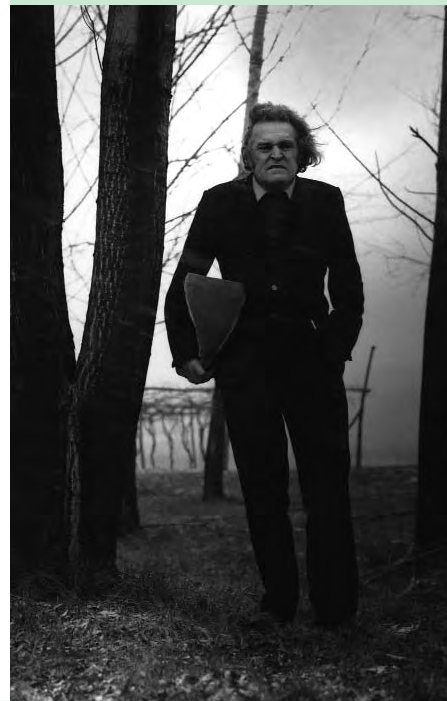
All'interno della fiera ci sarà una sezione dedicata alle New Entries, ovvero alle gallerie fondate dopo il 2003 che hanno dato attenzione alla creatività emergente e una sezione chiamata Present Future, piattaforma di lancio per i talenti di ultima generazione (quest'anno saranno in 17 i giovani che avranno uno spazio tutto loro).

Si troveranno anche opere di grandi dimensioni a carattere museale di artisti celebri, riunite in un'area all'ingresso della fiera creata appositamente per lavori di grande misura, una vera e propria mostra nella fiera. Ed inoltre una novità interessante per questo evento tutto italiano, sarà la nuova sezione Artissima Design, in occasione di Torino Word Design Capital, collaterale alla fiera, che

aprirà quest'anno con la mostra fotografica *Luoghi d'artista* del torinese Paolo Mussat Sartor dal 31 ottobre al 6 gennaio presso Palazzo Cavour, in cui si propongono scatti su grandi artisti ritratti nei loro studi, nei luoghi dove si crea l'arte. Sono scatti d'epoca insieme a immagini create appositamente per la fiera che colgono artisti come Mario Merz, Giuseppe Penone, Giulio Paolini davanti ai loro lavori, in comunicazione con essi.

L'anno scorso i visitatori sono stati 42.500, 5mila in più rispetto al 2006, e questa nuova direzione che punta l'attenzione verso un mercato più fruttuoso, curando i collezionisti nazionali e internazionali, potrebbe contribuire a dare visibilità anche all'estero al sistema dell'arte in Italia. •

Paolo Mussat Sartor - *Calco in cera dello spazio fra due rami di albero*, 1969



Cresce in Italia il “fiore di cera”

di Carolina Bosco Mastromarino

La famiglia delle Asclepiadacee comprende circa duemila specie di piante quasi esclusive dei Paesi caldi. In Italia risultano presenti solo poche specie; a Lampedusa si può trovare la *Stapelia* europea ricercata per i fiori curiosi, la *Hoya carnosa*

originaria della Cina meridionale. Nel nostro Paese è coltivata in serra con il nome di “fiore di cera”. Questa famiglia comprende piante erbacee, arbustive, lianose, raramente arboree, sovente fornite di tessuti laticiferi, talvolta cacteoformi. La *Gymnema silvestris* è un rampicante arboreo molto ramificato, che nelle foreste dell'India, di Ceylon e dell'Africa tropicale, raggiunge la cima di grandi alberi. Le foglie ovali e con margine crenato sono opposte, picciolate e pubescenti su entrambe le superfici. I fiori gialli campanulati sono raccolti in grappoli, il calice e la corolla sono avvolti da un involucro accessorio detto para corolla, i pistilli e gli stami sono concresciuti insieme. Il frutto è composto da due follicoli, forniti di pappo, contenenti i semi.

Le foglie, che hanno sapore acre-amaro, sono utilizzate da molti secoli dalla medicina Ayurvedica per curare e prevenire l'opacizzazione del cristallino, della cornea e del corpo vitreo; inoltre sono ritenute un buon rimedio per il diabete, i disturbi circolatori e per le emorroidi. Gli Indiani solevano masticare le foglie fresche di *Gymnema* per ridurre la glicosuria; nel

linguaggio degli Hindu, *Gymnema* “Gur-mar” significa “mangia zuccheri”.

Principi attivi.

Polifenoli, glicosidi triterpenici (acidi gymnemici A e D) molto simili fra loro, i cui agliconi sono: gymnemagina e gymnestrageina, il più attivo dei due è l'acido gymnemico A1 (F. Firenzuoli).

Proprietà farmacologiche.

Inibizione dell'assorbimento degli zuccheri a livello intestinale; aumentata trasformazione metabolica del glucosio a livello cellulare. Gli studi compiuti in Giappone dal dr. Hatai e in USA dal dr. Faull hanno evidenziato che l'acido gymnemico ha una molecola simile a quella dello zucchero, ma

di dimensioni maggiori e che, legandosi ai recettori adibiti all'assorbimento del saccarosio, li blocca. Tale blocco si instaura velocemente e permane se l'assunzione della gymnemina avviene regolarmente nella giornata. Lo stesso legame si instaura a livello delle papille gustative annullando completamente la percezione del sapore dolce e lasciando inalterata quella del salato e dell'acido. Inoltre ulteriori studi clinici sono stati fatti su pazienti in terapia con ipoglicemizzanti orali; l'integrazione di tale terapia con 400 mg pro die di estratto secco di *Gymnema*, titolato al 25% in acido gymnemico,

ha prodotto un progressivo aumento dei livelli plasmatici di insulina, per cui se ne deduce che stimola anche la rigenerazione delle cellule beta del pancreas. La *Gymnema* è utilizzata anche nei dietetici con attività dimagrante.

Le ricerche tossicologiche confermano l'assoluta atossicità del fito complesso, per dosaggi superiori alla norma si può avere un blando effetto lassativo. Va tenuto presente che potenzia l'azione degli ipoglicemizzanti.

Il dosaggio consigliato va da 8 a 14 mg per kg di peso corporeo, suddivisi in due somministrazioni da assumere 10 minuti prima dei pasti principali. •



A caccia di piante ritenute estinte

di Diana Geraldini

Alla ricerca del seme perduto: così, parafrasando il titolo di un famoso film interpretato da Harrison Ford, possiamo definire l'attività di tanti appassionati i quali vanno a caccia di semi, arbusti e alberi che si credevano ormai estinti o che

rischiavano di fare questa fine. Si tratta di persone che si dedicano anima e corpo alla ricerca di piante, soprattutto frutti, che un tempo, quando esisteva ancora la civiltà contadina, non mancavano mai nelle campagne, vicino a casolari e fattorie. Erano prodotti agricoli necessari al sostentamento di tanta gente che viveva in condizioni disagiate. In particolare la frutta maggiormente apprezzata era quella che, una volta colta, si manteneva più a lungo per poter essere consumata in periodi di magra. Le mele erano sempre presenti nei poderi di un tempo perché le diverse specie maturavano per l'intero arco dell'anno. Basti pensare che all'inizio del '900 esistevano circa 150 tipi di tale frutto, mentre oggi si possono contare sulle dita di una sola mano. La scienza nel campo dell'agricoltura, la selezione sempre più incalzante dei prodotti di maggior consumo unite al benessere dilagante (almeno fino a poco tempo fa) hanno portato alla scomparsa di piante che caratterizzavano il panorama delle nostre campagne in quanto non più utili alla commercializzazione di massa che si approvvigiona presso le

coltivazioni intensive. A questo punto sono intervenuti gli Indiana Jones delle piante perdute, decisi a salvare quel che rimane di esemplari una volta tipici delle nostre terre. Addirittura si è voluto fare un viaggio nel tempo, tornando indietro di duemila anni. A Pompei, ad esempio, sono stati rintracciati durante gli scavi numerosi semi di piante che erano coltivate sino al momento della eruzione del Vesuvio del 79 dopo Cristo. Attraverso il loro esame è stato possibile identificare le varie specie allevate nella zona prima della distruzione: si tratta di mandorli, noccioli, fichi, olive, meli, sor-

be, cotogni. Tutte varietà che, dopo attenti studi, sono state ricreate e coltivate nell'orto botanico dell'antica flora vesuviana, nato per iniziativa della sovrintendenza ai beni culturali di Pompei. Ma in questa caccia sono impegnati anche i privati, come è capitato alla signora Isabella Dalla Ragione, un'agronoma umbra che ha creato l'associazione di archeologia arborea di San Lorenzo di Lerchi, in provincia di Perugia. Le sue ricerche non sono state facili. Basti pensare che non è sufficiente rintracciare un frutto ritenuto estinto o quasi, ma è necessario individuarne con certezza la specie.

La signora Isabella, insieme ad un' amica artista, ha studiato gli affreschi in un antico palazzo perugino realizzati nel Cinquecento da Cristoforo Gherardi; l'opera è adornata da rami ricolmi di mele e attraverso la comparazione dei frutti dipinti e quelli ritrovati è stato possibile risalire alla loro progenie. La signora Isabella tra le altre cose ha rintracciato in un podere due alberi di pere fiorentine, ritenute estinte, come scomparse si consideravano le pere "Carovella", anch'esse recuperate. Fantastica è anche la storia di un'altra pianta, conosciuta come il melo del castagno. Si racconta che tanti anni fa' un contadino, che viveva nella zona di Castello, nell'alta Umbria, scoprì nell'incavo del tronco di un vecchio castagno una pianticella di mele che da piccola divenne sempre più alta, fino a produrre frutti grandi, saporiti e con un certo profumo di castagne. Il fatto si riseppe nel circondario e tutti ne presero una marza e la innestarono creando questa particolare specie di mela, anch'essa rintracciata proprio nella zona dove aveva vissuto l'antico contadino. •





QUAL È L'IMPORTO DA VERSARE?

Caro Presidente,
svolgo attività di medico di base dal 1980, mi sono laureato nel 1979 e nel-

la stessa data iscritto all'Ordine. Vorrei sapere a quanto ammonterà la pensione al compimento del settantesimo anno di età, senza e con riscatto degli anni di laurea. In questo secondo caso gradirei sapere l'importo da versare e in che termini.

Distinti saluti.

(Lettera firmata)

Caro Collega,
sulla base dei contributi accreditati a tuo nome presso il Fondo Medici di Medicina Generale, pari ad euro 180.159,97, gli uffici hanno provveduto a determinare le richieste proiezioni pensionistiche.

Ipotizzando la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli istituti del S.S.N. al compimento del 70° anno di età, come da te indicato, l'importo della rendita pensionistica è quantificabile in circa euro 3.500,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, percepiresti una indennità pari a circa euro 64.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e un trattamento pensionistico, lordo mensile, di circa euro 3.000,00. Qualora riscattassi i 6 anni del corso di laurea in medicina e chirurgia, l'importo del trattamento di quiescenza che ti verrebbe riconosciuto al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico è quantificabile in circa euro 4.000,00 lordi mensili. In caso di trattamento misto, l'indennità in capitale ammonterebbe a circa euro 72.000,00 lordi e la pensione mensile, al lordo delle ritenute fiscali, sarebbe pari a circa euro 3.400,00.

Ti preciso che tali importi sono stati calcolati sulla base della media contributiva riferita agli ultimi cinque anni di attività professionale, supponendo costante la contribuzione al Fondo fino alla data indicata.

Per quanto riguarda il riscatto degli anni del corso di laurea, ti comunico che ipotizzando l'avvenuta presentazione della domanda nello scorso mese di luglio, l'onere dell'operazione è quantificabile in circa euro 61.000,00. Ti informo che le somme versate a titolo di riscatto sono interamente deducibili dal reddito imponibile e che tali oneri possono essere corrisposti in un'unica soluzione o in rate semestrali, mag-

giorate degli interessi legali pro tempore vigenti in ragione d'anno. In caso di rateizzazione, il pagamento avviene in un numero di anni non superiore a quelli da riscattare, aumentati del 50%; il debito residuo deve comunque essere estinto entro la data di decorrenza della pensione. Ti ricordo che la presentazione di una domanda di riscatto non determina alcun vincolo; potrai decidere se aderire, dopo aver preso visione dell'effettivo costo dell'operazione e dei connessi benefici pensionistici. Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. E' pertanto opportuno che tu proceda, prima della cessazione del rapporto in convenzione, ad una ulteriore verifica presso il servizio competente alla erogazione della pensione. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione. Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

Eolo Parodi



PERCEPISCO GIÀ UNA PENSIONE

Egregio signor Presidente,
laureata nel 1970 ho svol-

to attività ospedaliera fino al 1986 e per tale periodo percepisco già una pensione. Dal 1987 a tutt'oggi svolgo attività di medico di base.

Gradirei sapere in quale anno potrei andare in pensione e quanto sarebbe l'ammontare della stessa sommando ai contributi del Fondo di Medicina Generale, quelli del Fondo di Previdenza Generale (Quota A e B).

Distinti saluti.

(Lettera firmata)

Cara Collega,
ti comunico, in via preliminare, che sulla posizione previdenziale accesa a tuo nome presso il Fondo Medici di Medicina Generale risultano accreditati contributi, a decorrere dal mese di febbraio 1987, per un importo pari ad euro 116.838,10, sulla base dei quali gli uffici hanno provveduto a determinare le seguenti ipotesi pensionistiche.

Ti preciso, nel merito, che le vigenti norme regolamentari prevedono il riconoscimento del trattamento pensionistico ordinario, erogato a carico dei Fondi Speciali, all'iscritto che cessi dal rapporto professionale con gli istituti del S.s.n. dopo il compimento del 65° anno di età. La rendita pensionistica è erogata, altresì, al Sanitario che cessi lo svolgimento dell'attività convenzionata al raggiun-

gimento del 58° anno di età, sempre che egli abbia maturato presso il Fondo una anzianità contributiva effettiva o riscattata non inferiore a 35 anni; è necessario, inoltre, aver conseguito da almeno 30 anni il diploma di laurea in medicina e chirurgia.

Il trattamento pensionistico erogato a carico del Fondo di Previdenza Generale, invece, viene riconosciuto esclusivamente dopo il compimento del 65° anno di età, ai sanitari che al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico, risultino iscritti alla gestione e possano contare su una anzianità contributiva effettiva pari ad almeno 5 anni.

Ciò premesso, ti informo che l'anzianità contributiva maturata presso il Fondo Medici di Medicina Generale, non ti consentirà di anticipare la data del collocamento a riposo rispetto al compimento del 65° anno di età. Supponendo, quindi, la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del S.s.n. al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico, l'ammontare della rendita pensionistica è quantificabile in circa euro 1.500,00 lordi mensili. Qualora decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, percepiresti una indennità pari a circa euro 34.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e un trattamento pensionistico, lordo mensile, di circa euro 1.300,00.

Ti preciso che i suddetti importi sono stati deter-

minati sulla base della media contributiva riferita agli ultimi 5 anni di attività professionale, supponendo costante la contribuzione fino alla data indicata.

Per quanto riguarda il Fondo di previdenza Generale invece, dove hai optato per la contribuzione in forma ridotta come consentito ai sanitari iscritti ad altra gestione previdenziale obbligatoria, ti informo che riguardo alla "Quota A", supponendo costante la contribuzione fino al compimento del 65° anno di età, la rendita pensionistica ammonterebbe a circa euro 170,00 lordi mensili. Relativamente alla "Quota B", ti comunico che proiettando il contributo riferito al reddito prodotto nell'anno 2006 fino al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico, l'ammontare della pensione è quantificabile in circa euro 100,00 lordi mensili.

Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



QUANDO POTRÒ ANDARE IN PENSIONE?

Caro Presidente,
nel 2007 ho compiuto 60 anni e comincio a pensare alla possibilità della pen-

sione. Mi sono laureato nel 1973 e verso i contributi in qualità di mmg dal 1976. Supponendo la costanza dei miei versamenti, vorrei sapere quando mi sarà possibile andare in pensione e a quanto ammonterebbe la stessa; vorrei anche sapere a quanto ammonterebbe la mia pensione al raggiungimento del 65° anno di età.

Grazie e cordiali saluti

(Lettera firmata)

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

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

Nel tuo caso il raggiungimento dell'anzianità contributiva prescritta per il collocamento a riposo avverrà nel mese di marzo 2011; tuttavia, in applicazione della legge n.

449/97, la prestazione pensionistica anticipata decorrerebbe dal 1° ottobre del medesimo anno, prima finestra utile di uscita.

Supponendo, pertanto, la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del S.s.n. alla data indicata, l'importo della rendita pensionistica è quantificabile in circa euro 2.500,00 lordi mensili. Nel caso scegliesti di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, percepiresti una indennità pari a circa euro 57.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e un trattamento pensionistico, lordo mensile, di circa euro 2.100,00.

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

Saluti cordiali.

E. P.



LA REVERSIBILITÀ IN CHE PERCENTUALE È?

Caro Presidente,
a marzo ho raggiunto 40 anni di laurea e a dicembre 40 anni di contributi: Se andassi in pensione a gennaio 2009 quale sarebbe la mia pensione, con e

senza il 15%, al lordo e al netto? Volendo invece proseguire l'attività fino al marzo 2011, ossia fino a quando avrò compiuto 70 anni, sicuro i contributi che verserò saranno più o meno gli stessi attuali, puoi farmi una proiezione della mia pensione con e senza il 15%, al netto e al lordo, all'età di 70 anni?

Ti chiedo inoltre: la reversibilità in che percentuale è?

I versamenti della mia Usl sono in regola?

Quanto tempo dopo che si è andati in pensione si percepirà la stessa?

E quanto tempo prima bisogna fare la domanda di pensione e come farla? A me può interessare il riscatto dell'allineamento? E, in ultimo, perché ogni tua cortese risposta termina con la formula "salvo eventuali modifiche della normativa", ci sono in vista, nel prossimo futuro, modifiche?

Grato di tutto, ti saluto.

(Lettera firmata)

Caro Collega,
sulla posizione previdenziale accesa a tuo nome presso il Fondo Medici di Medicina Generale risultano accreditati contributi, a decorrere dal mese di febbraio 1969, il cui versamento è stato effettuato senza soluzione di continuità fino alla data odierna. Ciò premesso, ti confermo che nel mese di gennaio 2009 avrai maturato 40 anni di anzianità contributiva presso il Fondo e qualora intendessi cessare lo svolgimento dell'attività convenzionata a tale data, l'importo della rendita pensionistica è quantificabile in circa euro 4.300,00 lordi mensili.

Nel caso scegliesti di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa euro 86.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e un trattamento pensionistico, lordo mensile, di circa euro 3.700,00.

Qualora decidessi, invece, di protrarre lo svolgimento della medicina generale fino al compimento del 70° anno di età, l'importo della pensione sarebbe pari a circa euro 4.800,00 lordi mensili. Se optassi per un trattamento misto, l'indennità in capitale ammonterebbe a circa euro 87.000,00 lordi e la pensione mensile, al lordo delle ritenute fiscali, sarebbe pari a circa euro 4.100,00.

Riguardo ai criteri di tassazione applicati alle rendite pensionistiche, ti informo che tali redditi sono assoggettati alla ritenuta fiscale determinata in base agli scaglioni Irpef previsti per i lavoratori dipendenti.

Limitatamente, invece, al prelievo tributario operato sulle indennità in capitale, l'Enpam applica, in qualità di sostituto d'imposta, una ritenuta d'acconto pari al 20%. Successivamente, l'amministrazione finanziaria competente procede alla determinazione dell'aliquota definitiva, calcolandola sulla base dei redditi prodotti nel biennio precedente alla data di erogazione. Pertanto, non mi è possibile fornirti le proiezioni pensionistiche al netto delle ritenute fiscali, come da te richiesto. Per quanto riguarda i tem-

pi e le modalità di presentazione della domanda di pensione, ti preciso che la stessa, dovrà essere inoltrata tramite raccomandata a.r. dopo la cessazione dell'attività convenzionata, completa della documentazione indicata sul modulo reperibile presso l'Ordine dei Medici della tua provincia. La rendita pensionistica ti verrà riconosciuta entro 120 gg dalla data di ricevimento della domanda, con decorrenza fissata al mese successivo alla data di cessazione.

Detta prestazione, è reversibile nei confronti degli aventi diritto nella misura che può variare da un minimo del 70% ad un massimo del 100%, in base alla composizione del nucleo familiare. Per aventi diritto si intendono il coniuge superstite, i figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati, naturali riconosciuti dall'iscritto o giudizialmente dichiarati, nonché i figli nati da precedente matrimonio dell'altro coniuge e dei superstiti, regolarmente affidati dagli organi competenti a carico degli ascendenti, sino al raggiungimento del ventunesimo anno di età, ovvero sino al ventiseiesimo anno, se studenti.

Per quanto concerne il riscatto di allineamento contributivo, ti preciso che tale Istituto, finalizzato ad incrementare la misura del trattamento di quiescenza, consiste nell'allineare la contribuzione riferita ad uno o più anni di attività professionale, nei quali la stessa risulta inferiore, a quella accreditata sul Fondo negli ultimi 36 mesi.

Ti informo che la presentazione di una domanda di riscatto di allineamento non determina alcun vincolo; potrai decidere di accettarla dopo aver valutato i benefici pensionistici, connessi con l'operazione, dettagliatamente illustrati nella lettera di proposta che gli uffici provvederanno ad inviarti.

Attraverso l'adesione parziale, inoltre, il riscatto in parola consente all'iscritto di indicare l'incremento pensionistico desiderato, sulla base delle proprie valutazioni. Nel dettaglio, posso anticiparti che, supponendo la presentazione della domanda nel corrente mese di marzo, un incremento pensionistico pari a euro 1000 lordi annui, comporterebbe un onere a tuo carico pari a circa euro 15.000,00, interamente deducibili dal reddito imponibile.

Relativamente, infine, alla eventuale introduzione di modifiche nella normativa che disciplina la gestione dei Fondi di previdenza dell'Enpam, ti informo che nell'immediato futuro non sono previste variazioni in tal senso. Ti preciso, che il paragrafo posto a conclusione delle lettere inviate in risposta ai colleghi che, come nel tuo caso, richiedono proiezioni relative a futuri trattamenti pensionistici, ha valore puramente cautelativo. Le ipotesi, infatti, sono formulate su simulazioni contabili della contribuzione e non possono pertanto indicare l'effettivo importo della pensione.

Cari saluti.

E. P.

A PROPOSITO DI PSICHIATRIA

La notizia della sentenza n. 10795/2008 della Corte di Cassazione ("La responsabilità dello psichiatra, il giudizio degli "ermellini" a cura dell'Avv. Pasquale Dui ne "Il giornale della Previdenza" 5/2008 pag 63) ha suscitato molte preoccupazioni nei medici psichiatri.

La condanna dello psichiatra per l'omicidio di un operatore commesso da un paziente affetto da schizofrenia, ospite di una struttura residenziale gestita da una cooperativa rischia di costituire un pericoloso precedente non solo per la psichiatria ma per tutta la medicina.

Attribuire al medico la c.d "posizione di garanzia" (art 40 C.P., 2 comma: "non prevenire un fatto che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a causarlo") apre scenari inquietanti.

Tralasciando il fatto che detto articolo non viene applicato ad altre figure (magistrati, forze dell'ordine ecc.) che hanno obblighi precisi, applicarlo al medico significa che ogni azione compiuta da un paziente in una condizione, anche temporanea, di incapacità di intendere e volere, è imputabile al medico? Si pensi, ad esempio, all'incidente stradale che consegue ad una perdita di coscienza per cause cardio-vascolari o metaboliche, ai

problemi conseguenti all'uso di alcolici ecc. Così, forzando le situazioni, si rischia di passare dalla responsabilità di ciascun individuo a quella dei sanitari?

In medicina vi è sempre più il problema del consenso e della compliance che non sono condizioni tutto-nulla ma spesso si collocano in un continuum nell'ambito di una relazione di cura sempre più negoziale (e spesso gestita dal paziente a suo modo, secondo sue convinzioni e preferenze).

I trattamenti obbligatori sono interventi urgenti e di breve durata (7 giorni eventualmente rinnovabili) e non vi è alcuna possibilità da parte del medico di imporre al paziente dimesso cure a lungo termine. La psichiatria non dispone di ospedali, di strutture contenitive e coercitive e la possibilità di controllo dei comportamenti delle persone è nella pratica molto limitata. I comportamenti umani sono complessi e multideterminati da fattori biologici, psicologici e sociali. Ogni semplificazione è pericolosa e porta a distorsioni interpretative.

Imputare al medico il mancato ricovero in TSO di un paziente che comunque aveva accettato di riprendere la terapia depot significa operare una lettura del comportamento molto lineare: patologia, sintomi, condotte aggressive.

Ma la realtà clinica è molto più complessa! Condannare lo psichiatra perché ha proceduto a scalare un depot in modo difforme dalle linee guida significa attribuire alle stesse linee guida un significato improprio ed anormale, quasi si trattasse, anziché di raccomandazioni, di disposizioni di legge imperative.

Molte altre sono le considerazioni che si potrebbero fare ma mi fermo qui. Invito l'Ordine dei Medici a rappresentare in tutte le sedi le difficoltà dei colleghi onde evitare la deriva giudiziaria e quella altrettanto pericolosa della medicina difensiva.

Cordiali saluti

*Pietro Pellegrini
Direttore dei Centri
Salute Mentale di Parma
AUSL Parma*

PARLIAMO DI LEBBRA

Cari amici,
grazie anzitutto per la pubblicazione dell'intervista con il dott. Giannico e lo spazio dedicato al tema del morbo di Hansen (lebbra) nel numero 6 della rivista (del 19/06/08).

Per completare le informazioni sulla situazione della lebbra in Italia, vorrei aggiungere quanto segue:

(1) In Italia esistono 4 centri nazionali di riferimento per il morbo di

Hansen – Ospedale San Martino di Genova, Ospedale Miuli di Gioia del Colle (Bari), Ospedale di Messina e Ospedale di Cagliari.

(2) In Italia esiste la Società Italiana di Hansenologia (SIHAN) con la sede sociale presso la nostra Associazione (AIFO, Bologna). Attualmente il prof. Enrico Nunzi del dipartimento di Dermatologia dell'ospedale San Martino è presidente del SIHAN. Ogni anno, in collaborazione con i reparti di dermatologia e altre strutture coinvolte nel controllo delle malattie infettive, il SIHAN raccoglie informazioni sui nuovi casi di lebbra in Italia.

(3) Nel 1994, il ministero della Sanità italiano ha istituito un comitato nazionale di esperti del Morbo di Hansen.

Infine per concludere, vorrei aggiungere qualche informazione relativa all'AIFO, Associazione italiana Amici di Raoul Follereau con sede a Bologna. AIFO si occupa soprattutto di lotta all'Hanseniasi nei paesi in via di sviluppo.

Inoltre, in collaborazione con l'ospedale San Martino di Genova e con il Centro Interdipartimentale di ricerca sulla lebbra (CIRLEP), AIFO organizza un corso annuale di leprologia che quest'anno si è tenuto a Bologna dal 26 al 28 settembre 2008.

Cordiali saluti.

Dott. Sunil Deepak

di Gian Piero Ventura

Come anticipato ecco ci a parlare con Maurizio Tecardi, presidente dell'Uicos (Unione Italiana Collezionisti Olimpici e Sportivi, associazione benemerita riconosciuta dal Coni).

Allora presidente cosa vuol dire essere appassionati di questa tematica?

Prima di tutto diciamo che il collezionare è insito nella natura umana, ovvero la positiva sensazione di possedere qualcosa che mi piace, è mia e la posso far crescere. Poi nello specifico del nostro settore vuol dire essere collezionisti principalmente di francobolli sport-olimpici ma non solo. Infatti c'è grande attenzione anche su distintivi, manifesti, medaglie, biglietti d'ingresso, vestitari, numeri di pettorale e molti altri cimeli.

Ma come ha avuto inizio l'interesse in quest'area?

I primi interessi hanno riguardato la scherma ed il tiro, ovvero due discipline sportive strettamente connesse ad un utilizzo nelle guerre, così come anche la ginnastica, poi negli anni '50 sono nate le prime riviste riguardanti anche tali francobolli e il settore si è molto sviluppato. Ma c'è sempre anche il rischio che diventi una vera mania persecutoria, fino magari ad uccidere, come sarebbe accaduto a Parigi,

Sport... da collezione

Intervista al presidente dell'Uicos, Maurizio Tecardi, che racconta della passione per i francobolli sport-olimpici. La manifestazione filatelica "Olympex" e "RomaFil 2008"



mi pare ai primi del '900, per i celeberrimi francobolli "Missionari delle Hawaii".

E adesso, com'è la situazione?

Oggi effettivamente è più facile collezionare dati i molti strumenti e le grandi possibilità, anche telematiche, a disposizione. In definitiva la globalizzazione ha abbattuto molte barriere al collezionismo ed ora, reperire "pezzi" da ogni parte del mondo, è più facile e veloce.

Bene o male tutti possono accedere a tutto, o quasi, poi dipende da altri fattori tra cui la disponibilità economica.

Una parola infine su Pechino?

Dal punto di vista filatelico frequento la Cina del '90, quando erano davvero dei privilegiati i pochissimi collezionisti lo-

cali. Ora vengo da "Olympex", manifestazione filatelica che si svolge in concomitanza alle Olimpiadi, dove ho partecipato alla giuria e dove l'Italia ha fatto una gran bella figura con cinque premiati su diciassette. Interessante però il risultato di tre concorrenti cinesi tra i vincitori, sino a pochi anni fa impensabile.

In fondo, alla fiera erano presenti ben centottanta espositori provenienti da venticinque Paesi, con 110mila visitatori in dieci giorni. Cifre impressionanti per un mercato che è tutto in crescita!

Concludiamo ricordando invece uno degli appuntamenti più importanti in Italia, ovvero "RomaFil 2008", in programma dal 10 al 12 ottobre presso il Palazzo dei Congressi in Piazzale Kennedy n.1 all'Eur, ingresso libero, venerdì e sabato 9.30-18.30 domenica 9.30-14.00. •



Poste Italiane per lo sport, in onore della Ducati



a cura
dell'avv. Pasquale Dui (*)

Da tempo è in corso un acceso dibattito in merito all'eventualità di rivedere la disciplina giuridica della colpa professionale del medico; così come preannunciato dal sottosegretario al Welfare nel corso dell'Assemblea annuale di Assobiomedica sarebbe, infatti, intenzione del Governo dare alla luce un provvedimento volto a "depenalizzarla", o per meglio dire, a distinguere la responsabilità professionale colposa penale da quella civile.

E ciò avrebbe anche il dichiarato fine di voler aumentare le garanzie per i pazienti vittime degli errori medici, in quanto si snellirebbero le procedure per ottenere il risarcimento del danno patito.

La proposta in parola ha suscitato non poche discussioni; e ciò non deve stupire, soprattutto se si considerano i frequenti casi di "malasanità" e la complessità del nostro Sistema sanitario nazionale, oltre il fatto che, quantomeno per l'opinione pubblica, con la depenalizzazione verrebbe meno il c.d. "effetto deterrente".

Non mancherebbero tutta-

via conseguenze positive dall'adozione di un simile provvedimento; in primis si andrebbe ad incidere sul fenomeno della "iper-prescrizione", in base al quale, sempre più spesso, il medico prescrive una pletora di esami ed indagini, più o meno appropriati, con il malcelato intento di "cautelarsi" preventivamente da possibili contestazioni.

La preannunciata proposta del Governo ha, infatti, ricevuto il plauso dei medici, che da tempo aspettavano soluzioni per "sgonfiare" il contenzioso sanitario, anche in

considerazione del fatto che l'Italia è l'unico Paese europeo, insieme alla Polonia, in cui gli errori clinici sono perseguibili penalmente.

Il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici ha sottolineato la delicatezza della questione, precisando come "depenalizzare" non voglia dire cancellare la responsabilità del camice bianco, ma solo ridefinirla meglio nel quadro più generale di tutela dei cittadini coinvolti in un danno ingiusto e di garanzia del loro diritto al risarcimento.



Ed è proprio la Federazione nazionale a chiedere l'introduzione nel Codice Penale di un nuovo articolo che disciplini espressamente la responsabilità per colpa nell'attività medico-chirurgica, limitandola tuttavia ai soli casi di colpa grave; si consideri, infatti, come l'Italia, insieme al Messico, è l'unico Stato a non prevedere il reato di "colpa medica".

La previsione di una "responsabilità specifica" dei medici consentirà, pertanto, di identificare con maggior precisione il nesso di causalità tra comportamento del medico e danno del paziente; sul punto è bene ricordare come, allo stato, la Giurisprudenza - conformemente a quanto statuito dalla celeberrima sentenza Francese delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione (n. 30328/2002 dell'11. 09.2002) - ritiene esistente il nesso di causalità solo qualora, dal comportamento del medico discenda, "al di là di ogni ragionevole dubbio" ovvero secondo "un elevato grado di credibilità razionale", un danno al paziente. •

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

Presidente dell'Ordine di Mantova

LUCIANO MONESI CI HA LASCIATO

È morto, stroncato da un infarto, Luciano Monesi, 78 anni, dal 2002 presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Mantova. Ha accusato un dolore nella sua abitazione a Corvara, in Val Badia, dove stava trascorrendo da solo un periodo di vacanza, ed è stato trovato morto da una vicina di casa, allertata dai familiari che non riuscivano a contattarlo telefonicamente. I funerali si sono svolti a Castelluccio, nel mantovano. Monesi era stato eletto presidente dell'Ordine dei medici una prima volta nel 1990, poi nel 2002 una seconda e nel 2005 la terza volta: il suo mandato sarebbe scaduto nel novembre di quest'anno. Era anche membro del Consiglio nazionale dell'Ordine dei medici.

Alla famiglia ed ai medici di Mantova le nostre condoglianze. Luciano Monesi ha onorato la professione e questo trova conferma nella fiducia che, per anni, gli hanno accordato i colleghi.

ORGANI COLLEGIALI

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Prof. Eolo PARODI (Presidente)
Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)
Dr. Giovanni Pietro MALAGNI-NO (Vice Presidente)
CONSIGLIERI: Dr. Alberto OLIVETI · Dr. Giuseppe GRECO · Dr. Nunzio ROMEO · Dr. Arcangelo LACAGNINA · Prof. Marco PERELLI ERCOLINI · Dr. Gerardo D'URZO · Dr. Eliano MARIOTTI · Dr. Gian Mario SANTAMARIA · Dr. Bruno DI LASCIO · Dr. Francesco LOSURDO · Prof. Aurelio GRASSO · Dr. Giuseppe DEL BARONE · Dr. Benito MELEDANDRI · Dr. Paolo ORIANA · Dr. Antonio SILI SCAVALLI · Dr. Mario CARLETTI · Dr. Giovanni DE SIMONE · Prof. Maurizio DALLOCCHIO · Geom. Carlo SFRISI · Dr. Luigi PEPE · Dr. Alfonso CELENZA · Prof. Salvatore SCIACCHITANO · Dr. Giuseppe GUARNIERI.

COMITATO ESECUTIVO

Prof. Eolo PARODI (Presidente)
Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)
Dr. Giovanni Pietro MALAGNI-NO (Vice Presidente)
CONSIGLIERI: Dr. Giuseppe DEL BARONE · Dr. Arcangelo LACAGNINA · Dr. Benito MELEDANDRI · Dr. Alberto OLIVETI · Dr. Paolo ORIANA.

COLLEGIO SINDACALE

Dr. Ugo Venanzio GASPARI (Presidente)
Dr.ssa Antonella DI MODUGNO (Presidente Supplente)
SINDACI: Dr. Vittorio CERRACCHIO · Dr. Francesco VINCI · Dr. Francesco NOCE · Dr.ssa Caterina PIZZUTELLI · Dr.ssa Anna Maria PAGLIONE · Dr. Bruno DI IORIO · Dr. Giancarlo MARINANGELI · Dr. Marco GIONCADA.

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma

giornale@enpam.it

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldreghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

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

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno

email: archivio.giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - ablestock.com

**MENSILE - ANNO X - N. 8
DEL 25/09/2008
Di questo numero sono
state tirate 431.370 copie**

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

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

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

COMUNICAZIONE CODICE IBAN

La Fondazione Enpam a seguito dell'entrata in vigore, dal 1° gennaio 2008, del Regolamento CE 2560/01, che ha reso obbligatorio l'utilizzo del codice IBAN come unico identificativo del conto corrente, ha provveduto ad aggiornare i propri archivi con una procedura elettronica interbancaria con la Banca Popolare di Milano. In alcuni casi, per ragioni tecniche, l'identificazione del codice IBAN non è riuscita.

Pertanto si invitano i Pensionati di questa Fondazione che non hanno ancora provveduto a comunicare il codice IBAN, di utilizzare il modulo, predisposto nel sito www.enpam.it, cliccando su previdenza-assistenza, modulistica, altre, modalità di accreditamento della pensione, e di farlo pervenire alla Fondazione Enpam, Dipartimento della Previdenza, Via Torino 38, 00184 Roma, ovvero, al numero di Fax 06 4829 4648, allegando copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

MODELLO D E BOLLETTINI MAV QUOTA B

Obbligo contributivo - I professionisti iscritti all'Enpam, sono tenuti a comunicare il reddito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2007. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando il **modello D 2008**.

Termini di presentazione - Il 31 luglio è scaduto il termine di presentazione del modello D. L'invio oltre tale termine prevede l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a **euro 120,00**.

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

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

Contribuzione ridotta - Il 31 luglio 2008 è scaduto il termine di presentazione di richiesta della contribuzione ridotta. L'istanza presentata oltre tale termine si intenderà riferita agli eventuali redditi professionali prodotti nell'anno 2008.

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

Versamento del contributo - Coloro che hanno inviato la dichiarazione (modello D) entro il 31 luglio riceveranno nei primi giorni del mese di ottobre il bollettino MAV precompilato. Il pagamento dovrà essere effettuato entro il 31 ottobre.

Presentazione in ritardo - Coloro che hanno presentato la dichiarazione successivamente al 31 luglio dovranno attendere il bollettino che potrà avere una scadenza diversa. I pagamenti dovranno in ogni caso essere effettuati entro la data di scadenza indicata nel MAV.

Mancato ricevimento del bollettino MAV oltre il 31 ottobre - La mancata ricezione del bollettino MAV non esonera dall'obbligo del versamento. In tal caso è necessario contattare il numero verde della Banca Popolare di Sondrio 800.24.84.64 e chiedere un duplicato.

Utenti registrati - Gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it possono, inoltre, reperire un duplicato del bollettino accedendo all'Area riservata di tale sito. In questo caso il pagamento può essere effettuato esclusivamente presso qualsiasi Istituto di Credito.

Comunicazione variazione di domicilio Iscritti attivi

La variazione di residenza deve essere inoltrata all'Ente esclusivamente per il tramite dell'Ordine di appartenenza. L'eventuale elezione di domicilio può invece essere comunicata anche alla Fondazione mediante l'apposito modulo (MOD. DOM) disponibile sul sito www.enpam.it. La dichiarazione deve essere trasmessa a mezzo raccomandata o tramite fax al n. 06 4829 4444 corredata della copia di un documento d'identità in corso di validità. Per ulteriori informazioni può essere contattato il numero telefonico 06 4829 4829.

Comunicazione variazione di domicilio Pensionati

La variazione di domicilio deve essere trasmessa mediante l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam.it, (MOD. DOMICILIO PENSIONATI) a mezzo posta ordinaria all'Ente a via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al n. 06 48294648, corredata della copia di un documento d'identità in corso di validità.

