

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



Due stetoscopi del XIX secolo

3 PARODI

**Tanti
problemi
difficili**

6 PREVIDENZA

**La sfida:
sostenibilità
dei Fondi**

16 PROTEZIONE CIVILE

**Bertolaso
e i medici
nelle emergenze**

periodico

DCOER0953 Omologato

Posteitaliane

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

un futuro di certezze.

Per mantenere il tuo standard di vita dopo aver cessato l'attività lavorativa avrai necessità del 75/80% dell'attuale reddito professionale.

FondoSanità è la risposta alle tue esigenze di integrazione previdenziale.

Fondi chiusi o fondi aperti?

FondoSanità (fondo "chiuso" riservato ai lavoratori del settore) si fa preferire ai numerosi fondi "aperti" disponibili sul mercato per evidenti e concreti vantaggi:

- possibilità di scelta e di eventuali cambiamenti dei gestori;
- influenza sulle scelte attraverso le elezioni dei Rappresentanti dell'Assemblea e del C.d.A.;
- influenza sulle scelte strategiche ed organizzative del fondo;
- commissioni di gestione (tra 0,10% e 0,15%) nettamente inferiori ai fondi aperti (in generale tra 0,60% e 2%) e quindi solo 1,5% in 10 anni e non il 6-20%, con sensibili differenze nei rendimenti accumulati e quindi nel capitale e nella rendita vitalizia;
- nessuna spesa per pubblicità e nessuna commissione da corrispondere a venditori o agenti.

Prestazioni pensionistiche

Il diritto alla prestazione pensionistica complementare si acquisisce con almeno cinque anni di partecipazione. L'associato potrà chiedere che gli venga liquidato subito, sotto forma di capitale, al massimo il 50% dell'importo maturato, mentre il rimanente verrà impiegato come premio unico per l'acquisto di una rendita vitalizia rivalutabile personale oppure reversibile (moglie, ecc.). In misura non eccedente il 10% della propria contribuzione annua, è possibile acquisire polizze vita assicurative complementari per la copertura dei rischi di invalidità e premorienza.

Il regime di capitalizzazione (il capitale versato più i rendimenti accumulati serviranno a garantire le prestazioni pensionistiche future) e di contribuzione definita (il livello contributivo è predefinito e la pensione è in funzione del rendimento netto del fondo) scelti da FondoSanità, lo rendono uno strumento previdenziale sicuro, trasparente, vantaggioso, necessario.

CAPITALE TOTALE

RENDITA ANNUALE LORDA

Euro 51.645,69

Euro 3.640

Euro 154.937,07

Euro 10.920

Euro 258.228,45

Euro 16.650,64

Esempio di rapporto tra capitale accumulato (versamenti + rendimenti) e rendita vitalizia calcolato utilizzando un coefficiente medio di conversione per l'età di 65 anni. (Legge 335/95)

Per aderire:

A) Scaricare dal sito internet **www.fondosanita.it** la SCHEDA DI ADESIONE e il MODULO DI BONIFICO.

B) Spedire la SCHEDA DI ADESIONE compilata unitamente alla copia del BONIFICO EFFETTUATO alla Segreteria di FondoSanità, Piazza della Repubblica, 68 - 00185 Roma.



PER INFORMAZIONI:

Tel. 06 48294333 Sig.ra DANIELA BRIENZA

Tel. 06 48294337 Sig.ra PAOLA CINTIO

Fax 06/48294284 - E-mail: segreteria@fondosanita.it

www.fondosanita.it

Come pagare MENO TASSE

I benefici fiscali per chi aderisce a FondoSanità sono consistenti: i versamenti infatti sono oneri deducibili in capo all'iscritto per un importo annuale complessivamente non superiore a 5.164,57 euro.

Per i familiari a carico i versamenti sono deducibili dal reddito IRPEF del "capofamiglia", sempre nel limite complessivo di 5.164,57 euro; la deducibilità fiscale, peraltro, è indipendente dalla detrazione di imposta IRPEF del 19% per le Polizze Vita eventualmente stipulate dall'iscritto prima del 1° gennaio 2001. Inoltre la tassazione della rendita vitalizia del 15% è ridotta dello 0,30 per ogni anno eccedente il 15° anno di partecipazione fino ad arrivare al 9%.



ChiSiamo: FondoSanità, approvato dalla COVIP il 26 luglio 2007, è una associazione senza fini di lucro il cui unico obiettivo è quello di offrire un valido strumento di previdenza complementare agli esercenti le professioni sanitarie. Nasce dalla trasformazione del preesistente FondoDentisti che, costituito nel 1996, ha già assicurato la previdenza integrativa agli odontoiatri italiani dall'aprile 1999, risultando il primo fondo pensione chiuso destinato ai lavoratori autonomi. Possono già aderire a Fondosanità tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'ENPAM, gli infermieri iscritti all'ENPAPI, i farmacisti iscritti all'ENPAF e gli iscritti alla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI (infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia), nonché i soggetti fiscalmente a carico degli aderenti.

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

2	All'Enpam i contributi dei pensionati
3	Difficili problemi previdenziali
4	Virus A/H1N1, fare chiarezza
5	Federspev
6-7	Previdenza, Fondi e pensioni
8	Trattamento per le dipendenti pubbliche
9-10	Integrazione al minimo delle pensioni
11	Modulo per la dichiarazione di responsabilità
13	Il punto sulla pandemia influenzale
14	Pensioni di reversibilità
15	Adozioni internazionali
16-17	L'intervista/1: la Protezione civile
18-19	L'intervista/2: gli impianti dentali
20-21	Il Rabbino capo parla di medici e medicina
22-23	Medici illustri, Harvey Williams Cushing
24-25	Ipertensione arteriosa
26-27	L'importanza di curare il "capitale umano"
28-29	Periferia di Roma, degrado e dolore
30-31	Il "medico degli immigrati"
32	Chirurgia tiroidea e paratiroidea

33-36	Congressi, convegni, corsi
37	Accadde a... Ottobre
38-41	Recensioni libri
42	Vita degli Ordini
43	Attacchi di panico
44-45	I rischi del Web
46-47	Società, l'innamorato virtuale
48	Mostre ed esposizioni in Italia
49	L'artista, Domenico Lo Russo
50-51	Emilio Carelli, Sky Tg 24
52-53	A tu per tu con... Giuliana De Sio
54	Cinema, testimonial contro l'Aids
55	Musica, dall'Australia il "digeridù"
56-57	Haydn, compositore della gioia
58-59	Londra tra tradizione e modernità
60-61	Lettere al Presidente
62	Filatelia
63	L'avvocato
64	Associazione Peter Pat



IN COPERTINA

Stetoscopio del XIX secolo. Antesignano del fonendoscopio, fu inventato dal francese René Théophile Hyacinthe Laennec (1781 – 1826) che lo ha descritto nel suo storico libro "De l'auscultation médiate". Lo stetoscopio segnala l'inizio di una nuova era nella semeiotica auscultatoria. Ma in un primo tempo incontrò la diffidenza del mondo medico e fu da alcuni definito "un buffo gingillo" (dal libro di Luciano Sterpellone "Strumenti per la salute. Dalle origini a ieri").

Vanno all'Enpam i contributi dei medici ed odontoiatri pensionati

I pensionati del Fondo di previdenza generale che producono reddito professionale successivamente al compimento del 65° anno di età possono conservare, ai sensi del vigente disposto regolamentare, l'iscrizione al Fondo e versare il contributo previdenziale all'Enpam fissato, in via opzionale, nella misura del 2% ovvero del 12,50%.

Con delibera n° 46 del 24 luglio il Consiglio di amministrazione della Fondazione ha, infatti, riaperto i termini per la presentazione sino al 31 dicembre 2009, dell'istanza di conservazione dell'iscrizione al Fondo e della relativa opzione per l'aliquota contributiva, con riferimento ai compensi per i quali non siano decorsi i termini prescrizionali di legge.

A breve, peraltro, con apposita modifica regolamentare l'Enpam provvederà ad eliminare la facoltatività di iscrizione al Fondo, disponendo l'obbligatorietà della contribuzione sui compensi professionali prodotti dai pensionati ultrasessantacinquenni.

Il tutto per evitare di dover, a termine di legge, versare i propri contributi all'Inps.

*Il modulo contenente la dichiarazione di responsabilità
– da ritagliare e spedire al Servizio contributi dell'Enpam –
è pubblicato a pagina 11*

Tanti problemi ... come sempre difficili

di Eolo Parodi



Siamo impegnati in un confronto con il Governo su temi fondamentali per l'esistenza della nostra Fondazione. Stiamo discutendo, innanzitutto, le regole e gli adempimenti per ottenere e poter quindi garantire l'equilibrio a trenta anni per tutti i Fondi gestiti.

Tenete presente che l'Enpam è diverso dagli altri istituti previdenziali. Al suo interno governa e regge cinque Casse che fotografano i redditi e gli accordi di lavoro dei nostri medici e odontoiatri. Siamo diversi dagli altri Enti ed è per questo che dobbiamo difendere au-

tonomamente il nostro status. Pochi comprendono l'importanza di avere un "terzo pagante" che è rappresentato, quasi al 100 per cento, dal Servizio sanitario nazionale. Non sono temi e problemi da poco e facili da spiegare. Pensate, siamo ritornati a parlare e a ricordare compiutamente "la 833".

È chiaro, d'altra parte, che abbiamo problemi esistenziali. A colui che coccola vecchie voglie, tanto stupide quanto improponibili diamo un consiglio, reso famoso dal grande Totò: "Pensi alla salute".

Voglio mandare un messaggio finale: la strada che il ministro del Lavoro ha deciso di praticare è quella dell'accordo, del buon senso previdenziale ma, soprattutto, della garanzia di tanti diritti, anche di fronte alle numerose "gobbe" che investono o tentano di investire il nostro futuro.

Per questi motivi, dunque, nonostante tutto, siamo ancora fiduciosi. •



di Mario Falconi (*)

Con tutti i gravissimi problemi che il nostro Paese deve affrontare quotidianamente in tutti i settori e, in particolare nella Sanità e nella Previdenza, ci vengono dispensate dai media ogni anno delle docce fredde con un clamore che solo eufemisticamente vogliamo definire eccessivo.

Viene messa a dura prova la stabilità psichica, e non solo, dei cittadini, bombardati per mesi da gran parte dei media in un clima surreale quasi da "fine del mondo": "Mucca pazza", "Aviaria", "Sars" sono solo alcuni degli esempi che hanno allietato la nostra vita negli ultimi anni.

Protagonista assoluto del 2009 a cui andrebbe assegnato, suo malgrado, l'Oscar

Gli italiani sono spaventati perché l'informazione sconfina nel sensazionalismo

Virus A/H1N1, cartina di tornasole di uno strano Paese

La pericolosità simile, se non minore, ai virus stagionali pone una serie di interrogativi sul clamore con cui i media trattano l'argomento. Informazione o disinformazione?

E soprattutto, a vantaggio di chi?

della popolarità è senza dubbio il virus A/H1N1.

La sua pericolosità simile, se non minore, a quella dei ricorrenti virus stagionali (influenza ecc.) come può fisiologicamente correlarsi con il clamore con cui viene trattata in quasi tutte le testate televisive e giornalistiche? Perché e soprattutto per chi?

Un amico ci ha raccontato che, recatosi in farmacia per acquistare un farmaco antivirale e avendo richiesto lo scontrino per la deducibilità fiscale, gli è stato risposto che non potevano farlo perché trattavasi di una partita importata da farmacie tedesche.

Ovviamente, data la nota fantasia italiana, gli è stato consegnato uno scontrino ai fini fiscali di un altro farmaco di pari importo dell'antivirale.

Visto che in Germania, a differenza che in Italia, le farmacie hanno scorte di tali farmaci, possiamo dedurre che i cittadini italiani sono più spaventati anche e soprattutto perché l'informazione, sia per quantità, ma anche per qualità, sconfina quasi

sempre nella disinformazione e nel sensazionalismo.

Oltretutto i cittadini avrebbero diritto ad avere, da parte delle "autorità", messaggi chiari, veri e soprattutto univoci e che abbiano, quale unica fonte, la Comunità scientifica internazionale. Conosciamo da tempo la non eccessiva pericolosità del virus A/H1N1 unita però ad una facile diffusibilità. Pertanto è corretto implementare la vaccinazione anche per alcune categorie di soggetti non a rischio, onde evitare che un numero eccessivo di assenze dal lavoro possa produrre danni economici al nostro Paese già in crisi. Inoltre andrebbero disincentivati l'incetta e l'uso dei farmaci antivirali, attualmente in commercio, per i quali, tra l'altro, non esistono evidenze scientifiche della loro reale efficacia sul virus A/H1N1.

Basta con i sensazionalismi per una malattia virale che, come le guerre, arreca danni, ma porta anche ricchezza solo a qualcuno.

Mentre il servizio sanitario pubblico in molte parti del Paese "arranca" e molti

medici sono in attesa da anni di entrare nel mondo del lavoro e, in tali esasperanti attese, "costretti" ad accettare di essere sottopagati, se non addirittura sfruttati, alcune industrie farmaceutiche e le farmacie, in un clima di allarmismo continuo, registrano, se pur legittimamente, notevoli incrementi dei propri fatturati. Tra l'altro è in itinere un disegno di legge che consentirà alle farmacie di trasformarsi in centri sanitari polifunzionali con presenza di infermieri, invio di fisioterapisti al domicilio dei pazienti, ecc.. Quest'anno registriamo un incremento notevole di giovani aspiranti all'iscrizione alla Facoltà di medicina. Più del virus A/H1N1 li spaventa il "sistema Paese" che non programma, che non premia il merito e soprattutto l'amara certezza di sapere che, pur dopo sei anni di duro lavoro, dovranno continuare a lottare per accedere ad una scuola di specializzazione o ad un corso di formazione in medicina generale. Con le proporzioni attuali (laureati in medicina/posti di formazione post-laurea)

**I cittadini
hanno il diritto
ad avere
dalle "autorità"
messaggi chiari**

molti giovani colleghi sanno che lungo e faticoso sarà il cammino per un reale ingresso nel mondo lavorativo e, inoltre, in un contesto del genere, sarà difficile poter costruire pensioni dignitose.

La scommessa del futuro, per implementare ulteriormente quanto di buono l'Enpam ha fatto e sta facendo sia in campo previdenziale che assistenziale, dovrà sempre più guardare, oltre all'età lavorativa e post-lavorativa, anche a quella pre-lavorativa, nella quale, anche attraverso efficaci campagne informative-formative, si possa, tra l'altro, costruire quella cultura previdenziale che è mancata e manca tutt'ora a numerose generazioni di colleghi.

In un periodo di crisi globale il nostro fragile Paese, che ha già dimostrato di sapersi risollevare da difficili situazioni, come nel recente periodo post-bellico, avrebbe bisogno di un corretto contributo di tutti, ma in particolare di coloro che, a vario titolo, si occupano di informazione. •

(*) Vice Presidente vicario

"Giornata del pensionato", celebrazioni alla Federspev

di Eumenio Miscetti (*)

23 settembre: per il 5° anno consecutivo la Federspev celebra la Giornata del Pensionato. Una data emblematica in cui cade l'anniversario della nascita della nostra Associazione fondata 46 anni fa e alla quale, ricordiamo, aderiscono oggi più di ventimila iscritti tra medici, farmacisti, veterinari pensionati e loro vedove.

Un'occasione per urlare il nostro "orgoglio" di pensionati, per riaccendere l'attenzione del Governo e dell'opinione pubblica non solo su noi pensionati sanitari ma su tutti i pensionati, uniti indissolubilmente, al di sopra della pletera di sigle e siglette che spuntano come funghi ogni giorno, da interessi e battaglie comuni.

È superfluo sottolineare l'importanza e l'opportunità della nostra iniziativa, nata nel 2004, per rendere un doveroso tributo a coloro che hanno dedicato tutta la vita al servizio della collettività e alla tutela della salute dei cittadini. Noi, il prossimo 23 febbraio, consegneremo una targa al merito per i 50 anni di attività ai sanitari laureati nel 1959. Purtroppo, finora, nessuno delle co-

siddette alte sfere (afflitte, quando si tratta di pensionati, da cecità morale e sordità sociale) e tanto meno il ministero competente, che avrebbero dovuto occuparsene con il debito rispetto, ha ravvisato la necessità di istituzionalizzare l'Evento. In proposito, attendiamo un segnale. Positivo. Meglio tardi che mai! Ma più e oltre ai meriti (e gratificanti) riconoscimenti ufficiali ci stanno a cuore gli obiettivi concreti che da anni perseguiamo con quotidiana determinazione: la difesa del reddito previdenziale sempre più basso e inadeguato a sostenere gli effetti negativi della crisi economica che comportano una preoccupante estensione dei fenomeni di povertà e di disagio esistenziale anche tra noi pensionati appartenenti al "ceto medio". Un ceto da sempre vessato nel suo ruolo di (cospicuo?!) contribuente! E che pure ha contribuito, indiscutibilmente, alla crescita e allo sviluppo del no-

stro Paese! La detassazione delle pensioni: una proposta, scaturita dal nostro ultimo congresso nazionale, che stiamo per presentare alla Camera.

La rivalutazione dell'indice inflattivo al 100% e l'istituzione di un paniere Istat specifico per la Terza età. Eventuali agevolazioni su beni primari e di sussistenza, nonché sull'assistenza sanitaria. Noi medici ben sappiamo quali e quanto impellenti siano le esigenze che pesano sul portafoglio dei pensionati, spesso soli e disabili.

Sono questi i problemi (reali) che penalizzano, in maggior o minor misura, tutti i quiescenti (18 milioni) d'ogni categoria per la cui soluzione occorrerebbe un'azione decisa e "sinergica".

Su questa direttrice la Federspev ribadisce ancora una volta, in sintonia con il suo motto "non soli, ma solidali", il suo impegno.

(*) Presidente Federspev

**Tra gli obiettivi
la difesa del reddito
previdenziale
sempre più basso
e inadeguato**

Info FEDER.S.P.EV.

tel. 06.3221087,

fax 06.3224383,

tel. ufficio stampa:

347.6843236

e-mail

federspev@tiscalinet.it

www.federspev.it

Sostenibilità dei Fondi e adeguatezza delle pensioni

La sfida per il futuro: trovare, in un sistema ad impronta fortemente solidaristica, gli interventi idonei per garantire la sostenibilità delle gestioni nel rispetto sia dell'equità tra generazioni che nell'adeguatezza delle future pensioni

di Alberto Oliveti (*)

Caratteristica peculiare dell'Enpam è che ad ogni contributo incassato venga **subito** assegnata, oggi per domani, la rendita che tale contributo produrrà nel definire l'importo finale della pensione.

È fondamentale premettere che il sistema retributivo reddituale di determinazione della pensione adottato storicamente dalla Fondazione si caratterizza perché tiene conto di **tutti** i contributi versati e quindi di tutte le retribuzioni da cui questi originano.

Non riguarda e non ha mai riguardato l'Enpam la distorsione storica dell'uso del metodo retributivo usato dal sistema pubblico, il considerare solo le ultime più favorevoli retribuzioni per calcolare la pensione.

Inutile commentare la palese insostenibilità attuariale di un sistema siffatto dato lo squilibrio tra quanto versato e quanto poi riscosso, e la evidente distorsione dell'uso redistributivo della fiscalità



generale intervenuta regolarmente a ripianare tali gestioni.

Da questa insostenibilità previdenziale e fiscale e dal progressivo invecchiamento della popolazione presero spunto quelle riforme del sistema pubblico degli anni Novanta che portarono tra l'altro alla

privatizzazione delle Casse professionali ed alla adozione del metodo contributivo di calcolo delle pensioni.

Il metodo **contributivo** di determinazione della pensione, suggerito anche alle Casse professionali di prima privatizzazione (DLGS 509/95) e reso obbligato-

rio per quelle neoistituite di seconda generazione (DLGS 103/96), è attualmente equo perché garantisce al pensionato l'equivalente di quanto i suoi contributi hanno nel tempo realizzato, per cui toglie alle gestioni previdenziali il rischio di non aver risorse per pagar le pensioni quali che siano le condizioni demografiche od economiche verificatesi negli anni.

D'altro canto limita al contribuente in piena attività professionale la possibilità di prevedere quanto adeguata alle proprie esigenze sarà la propria pensione.

L'importo della pensione - da attingere dal capitale costituito dai contributi versati e rivalutati - viene infatti stabilito **solo** all'atto del pensionamento sulla base dell'aspettativa di vita del pensionato a quel momento.

Ciò vanifica l'auspicabile processo di responsabilizzazione del contribuente per considerare una integrazione volontaria e tempestiva, atta a garantirsi una rendita finale adeguata alle proprie esigenze di vita.

Rispetto al nostro attuale metodo di costruzione dinamica mese dopo mese, anno dopo anno dell'importo della pensione di fatto il metodo contributivo porterebbe a una **perdita di garanzie** per il medico che vedrebbe trasferito in negativo sull'importo della sua pensione gli effetti del rischio di so-

L'ente ha intenzione di mantenere l'attuale sistema retributivo reddituale di calcolo delle prestazioni

stenibilità di cui la sua gestione non si farebbe più carico in caso di default. E per la Fondazione Enpam, che a differenza delle gestioni pubbliche, non può ricorrere alla fiscalità generale in caso di insolvenza, l'opportunità dell'adozione del contributivo sarebbe sicuramente un sollievo di responsabilità. Infatti il **rischio** verrebbe trasferito ad ogni singolo contribuente.

Per l'attuale massa di contribuenti attivi che si è fatta carico della tenuta dei Fondi riducendosi i rendimenti assegnati ai contributi per far fronte agli squilibri del passato, potrebbe anche essere una facile tentazione quella, adottando subito il contributivo, di passare la patata bollente ai giovani, assaggiandone solo un pezzettino, barattando cioè la garanzia futura della tenuta del sistema con il piccolo sacrificio di riduzione della redditività della parte finale della propria vita contributiva, stante il traguardo del pensionamento ormai relativamente vicino.

Ma non verrebbe rispettata la filosofia del patto tra generazioni che sostiene l'Enpam, il trasferire ad una inconsapevole genera-

zione di giovani contribuenti ovvero alla prossima generazione non ancora attiva gli effetti di tale rischio in termini di adeguatezza delle prestazioni. Nell'interesse della tenuta del patto intergenerazionale la Fondazione è intenzionata a mantenere l'attuale sistema **retributivo reddituale** di calcolo delle prestazioni con un progetto

di riequilibrio prospettico dei Fondi alla luce dei nuovi criteri imposti dalla legge Finanziaria 2007 che ha spostato da quindici a trenta gli anni obbligatori di sostenibilità dei bilanci.

Tale impostazione dovrà prevedere interventi rigorosi e tempestivi sui **parametri** che costituiscono la base per la definizione dell'importo pensionistico sostenibile: l'aliquota di contribuzione da applicare obbligatoriamente ad ogni retribuzione del contribuente, l'aliquota di rendimento da assegnare al contributo incassato, la rivalutazione da applicare ai contributi per definire la base pensionabile, l'età del pensionamento e l'indicizzazione delle pensioni erogate.

Tutto questo nella consapevolezza della rischiosità tecnica di assegnare - oggi per domani - la redditività al momento dell'incasso del contributo in



un sistema in cui l'aspettativa di vita cresce di almeno tre mesi ogni anno che passa.

Mantenendo inoltre l'impostazione che ogni modifica nella "valorizzazione" dei contributi incassati abbia effetto solo da quel momento in poi, in pieno rispetto del concetto del pro rata.

Questo significherebbe nel prossimo futuro, impostare un progetto graduale e rigoroso di incremento della contribuzione ai Fondi aumentando la loro valorizzazione in modo proporzionalmente ridotto, rispettando finché possibile il potere di acquisto delle pensioni e l'età di pensionamento.

Nella comparazione con le altre gestioni sanitarie pubbliche (Inpdap, Inps) ogni Euro di contributo versato alla Fondazione continuerebbe a rendere in misura nettamente maggiore, ma nel rispetto di una sosteni-

bilità prospettica ampliata dalle nuove regole.

Certo che aiuterebbero sicuramente a rendere tali interventi meno severi sia la riduzione della **tassazione** del Patrimonio, che sottrae proventi alla copertura dell'onere delle pensioni, sia, per la stessa ragione, una maggiore redditività del Patrimonio stesso.

Molto positivo sarebbe poi un ampliamento del monte retribuzioni delle categorie interessate all'atto dei rinnovi convenzionali.

Questa è la sfida che ci attende per il prossimo futuro, trovare in un sistema ad impronta fortemente solidaristica gli interventi idonei per garantire nel tempo la sostenibilità delle gestioni nel rispetto sia dell'equità tra generazioni che nella adeguatezza delle future pensioni. •

(*) Consigliere Enpam

Trattamento di vecchiaia per le dipendenti pubbliche

di Ernesto Del Sordo (*)

La recente pronuncia, con cui la Corte di giustizia europea ha stigmatizzato il carattere discriminatorio della normativa italiana, laddove in tema di accesso al pensionamento di vecchiaia prevedeva per le dipendenti pubbliche il raggiungimento del requisito anagrafico dei 60 anni in luogo dei 65 statuiti per gli uomini, ha indotto il Governo, seppur tra tante polemiche, ad intervenire per eliminare la disparità di trattamento. Nell'ambito, pertanto, del cd. *decreto anticrisi*, convertito in legge del 3/8/2009, n.102 in vigore dal 5 agosto 2009, sono state inserite alcune disposizioni, che modificano la disciplina contenuta nella L.335/95 art. 2, comma 21, elevando progressivamente, a decorrere dall'1.1.2010, il requisito anagrafico per le donne fino a raggiungere quello dei 65 anni nel 2018.

In particolare la nuova normativa prevede che le dipendenti pubbliche dall'1.1.2010 (previo raggiungimento dei diversi requisiti contributivi previsti dal sistema di calcolo retributivo, misto o contributivo) possano ac-

cedere al trattamento di vecchiaia se in possesso dell'età anagrafica di 61 anni; dall'1.1.2012 il requisito è, invece, elevato a 62 anni, dall'1.1.2014 a 63 anni, dall'1.1.2016 a 64 anni per giungere a regime dall'1.1.2018 dove il requisito anagrafico sarà parificato a quello degli uomini e sarà, pertanto, pari a 65 anni.

La nuova disciplina contiene, tuttavia, una norma di salvaguardia dei cd. *diritti quesiti*, come già in precedenza aveva fatto la legge 243/2004, attraverso l'adozione dell'istituto della certificazione dei medesimi. Tutte le lavoratrici pubbliche, pertanto, che matureranno entro il 31.12.2009 i requisiti per il pensionamento di vecchiaia in base alla normativa attualmente in vigore, potranno cristallizzare il loro diritto richiedendo all'istituto previdenziale di appartenenza la certificazione del medesimo. In tal modo esse potranno ottenere il collocamento a riposo in qualsiasi momento successivo alla maturazione del diritto al pensionamento senza, pertanto, soggiacere ad ulteriori modifiche della normativa previdenziale di riferimento, intervenute dopo il rilascio dell'attestazione.

Nessuna variazione è stata, invece, introdotta in tema di decorrenza del trattamento pensionistico, che, pertanto, continua ad essere regolata dalla legge 247/2007, a mente della quale la data di accesso all'effettivo godimento del trattamento previdenziale è differita all'inizio del secondo trimestre successivo a quello di compimento del requisito anagrafico.

Come è stato già ampiamente specificato le novità illustrate esplicano i

propri effetti esclusivamente nei confronti delle dipendenti **pubbliche** e, pertanto, nell'ambito delle iscritte all'Enpam, esse rilevano soltanto per le dottorresse che dal regime di convenzione sono transitate al rapporto d'impiego, optando per la prosecuzione della copertura assicurativa presso la Fondazione.

Si rammenta, infatti, che, per espressa previsione legislativa, debitamente recepita nella normativa regolamentare adottata per i transitati alla dipendenza dall'Enpam, agli specialisti ambulatoriali ed ai medici addetti alle attività di guardia medica ed alla medicina dei servizi, inquadri nel primo li-

Professioniste transitate alla dipendenza requisito anagrafico per l'accesso alla pensione di vecchiaia

1.1.2010 – 31.12.2011	61 anni
1.1.2012 – 31.12.2013	62 anni
1.1.2014 – 31.12.2015	63 anni
1.1.2016 – 31.12.2017	64 anni
1.1.2018	65 anni

Transitati alla dipendenza (donne e uomini) Finestre d'accesso per pensioni di vecchiaia (Legge 247/2007)

Possesso requisito anagrafico	Decorrenza pensione vecchiaia
1° trimestre	- 1° luglio
2° trimestre	- 1° ottobre
3° trimestre	- 1° gennaio dell'anno successivo
4° trimestre	- 1° aprile dell'anno successivo

Integrazione al minimo delle pensioni, dichiarazioni entro il 10 novembre

L'Ente ha richiesto ad un certo numero di pensionati una dichiarazione relativa ai redditi del 2008 e quelli presunti del 2009. L'evoluzione normativa della materia in questione

di **Giovanni Vezza (*)**

vello dirigenziale del ruolo sanitario, si applicano le disposizioni sul trattamento di quiescenza dei dipendenti pubblici.

Occorre peraltro precisare che il citato richiamo è circoscritto al solo regime dei requisiti di accesso al pensionamento ma non anche alle modalità di computo del trattamento previdenziale, che restano, pertanto, disciplinate esclusivamente dalla normativa regolamentare dei singoli Fondi gestiti dall'Enpam.

Immutato resta, invece, il regime di accesso al trattamento di vecchiaia per i medici iscritti alla Quota A e B del Fondo di Previdenza Generale e per i medici convenzionati o accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale, iscritti rispettivamente al Fondo Medici di medicina generale e al Fondo Specialisti Ambulatoriali o al Fondo Specialisti Esterni. Per costoro, infatti, il requisito anagrafico richiesto è il 65° anno di età sia per gli uomini che per le donne.

La decorrenza del trattamento previdenziale è fissata al mese successivo al compimento dell'età per gli iscritti al Fondo di Previdenza Generale ed al mese successivo alla risoluzione del rapporto professionale, se posteriore, per gli iscritti ai Fondi Speciali sopra indicati, senza, pertanto, l'applicazione di alcuna *finestra di accesso*.

(*) *Vice Direttore generale Enpam*

All'indomani della scadenza del termine annuale previsto dalla legge per la presentazione della dichiarazione dei redditi, l'Enpam ha richiesto a 1.738 pensionati, beneficiari dell'integrazione al minimo del trattamento previdenziale, il rilascio di una dichiarazione attestante i redditi prodotti nell'anno 2008 e quelli presunti relativi al 2009.

L'elaborazione di tali dichiarazioni, che dovranno necessariamente pervenire entro il termine prefissato dall'Enpam del 10 novembre 2009, pena la sospensione del beneficio ed il recupero delle quote corrisposte a tale titolo, consentirà l'aggiornamento del "data-base" delle pensioni integrate al minimo le quali formeranno oggetto di ricalcolo in proporzione ai nuovi dati reddituali comunicati da ciascun avente diritto.

In occasione dell'approssimarsi della scadenza ed

al fine di consentire una visione panoramica dell'integrazione al minimo delle pensioni, sembra opportuno fornire alcuni brevi cenni in merito al funzionamento di tale istituto introdotto per la prima volta, con riferimento alla categoria dei liberi professionisti, dall'articolo 7 della Legge 29 dicembre 1988 n. 544, intitolata "Elevazione dei livelli dei trattamenti sociali e miglioramenti delle pensioni".

La norma citata prevede che le pensioni a carico delle Casse di previdenza per i liberi professionisti, non possano essere di importo inferiore a quello minimo posto a carico del Fondo pensioni lavoro-

ri dipendenti dell'Inps e pari, per l'anno in corso, ad euro 5.956,56 lordi annui (corrispondenti ad euro 496,38 mensili lorde per dodici mensilità).

Alla luce di tale disposizione normativa il diritto all'integrazione al minimo, che costituisce un'erogazione ulteriore rispetto al trattamento pensionistico derivante dai semplici contributi previdenziali versati dal lavoratore, risulta pertanto subordinato alla sola mancanza di titolarità di altri redditi del pensionato e del proprio coniuge.

L'integrazione deve essere considerata come emolumento accessorio ma necessario, secondo i principi costituzionalmente sanciti, per far fronte alle esigenze del pensionato e della propria famiglia: viene concessa quando il richiedente non è in possesso di un reddito minimo lordo fissato annualmente dalla legge e pari, per l'anno 2009, ad euro 11.913,20 nel caso di reddito prodotto dal solo pensionato non coniu-

Tassazione delle erogazioni liberali e dei sussidi occasionali in favore dei propri pensionati e dei rispettivi coniugi

gato o separato legalmente, e ad euro 23.826,40 in caso di cumulo del reddito personale con quello denunciato dal proprio coniuge.

Va specificato, inoltre, che nella valutazione del requisito reddituale che consente l'accesso all'istituto, oltre ai c.d. "redditi-extra" percepiti dal pensionato e dal proprio coniuge (da cui andranno esclusi: l'importo della pensione Enpam fruita da integrare al minimo, il reddito dell'unità immobiliare utilizzata come prima abitazione principale e sue eventuali pertinenze, i redditi esenti da Irpef – tipo pensioni di guerra, pensioni sociali, indennità di accompagnamento, ecc. – i trattamenti di fine rapporto e le relative anticipazioni, nonché gli arretrati sottoposti a tassazione separata e gli assegni familiari), l'Ente tiene conto anche della quota teorica di pensione (c.d. "pensione virtuale") di cui l'interessato avrebbe potuto fruire a carico dei Fondi Speciali ove non avesse in precedenza ottenuto un'indennità in capitale.

L'integrazione al minimo viene attribuita dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della richiesta

È opportuno ricordare che la riforma dei trattamenti di invalidità permanente e di premorienza, attivata a partire dal 1° gennaio 1998 e quindi operante a pieno regime, ha determinato una sensibile contrazione nel numero degli aventi diritto. Com'è noto, infatti, l'Enpam oggi garantisce ai titolari di trattamenti pensionistici per invalidità assoluta e permanente a carico dei Fondi gestiti dall'Ente, nonché ai superstiti dell'iscritto deceduto prima del compimento del 65° anno di età, secondo le aliquote di rispettiva competenza, un trattamento complessivo minimo pari per il 2009 ad euro 1.147,53 mensili lorde, erogato per dodici mensilità e ben superiore quindi all'importo dell'integrazione.

Ecco perché le richieste di integrazione al minimo ora riguardano quasi esclusivamente i titolari di pensione ordinaria ed i titolari di pensione di reversibilità.

Una novità poco piacevole per le categorie più disagiate, interessate all'istituto dell'integrazione al minimo, è rappresentata inoltre dalla tassazione delle erogazioni liberali in genere e dei sussidi occasionali, liquidati dalla Fondazione Enpam o da altri Enti di previdenza in favore dei propri pensionati e dei rispettivi coniugi. Secondo le nuove disposizioni introdotte dal D. L. 28 maggio 2008 n. 93,

a partire dal 29 maggio 2008, tali proventi concorrono interamente a formare il reddito di natura dipendente (quale è appunto il reddito derivante da pensione).

Ciò comporta, per un certo numero di pensionati, che il reddito annuo ai fini fiscali, proprio per effetto delle prestazioni assistenziali liquidate per particolari situazioni di disagio, superi il tetto previsto dalla legge, facendo venir meno il diritto all'integrazione al minimo. L'Enpam, da sempre a fianco dei propri iscritti e

soprattutto delle categorie più disagiate, è comunque attento a seguire l'evoluzione normativa della materia in questione.

Si rammenta infine che, di norma, l'integrazione al minimo viene attribuita dall'Enpam a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della relativa richiesta amministrativa la quale deve essere, pertanto, inoltrata dall'interessato in aggiunta alla normale domanda di pensione. •

(*) *Dirigente Enpam*



**Spett.le E. N. P. A. M.
SERVIZIO CONTRIBUTI
TRASMISSIONE
VIA FAX
N° 06.48.294.922**

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
(ai sensi dell'art. 76 del D. P. R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a pensionato del Fondo
Generale dal/...../..... Codice E.N.P.A.M.
....., ai sensi della Delibera n° 46 del Consiglio di Amministrazione
dell'E.N.P.A.M. del 24 luglio 2009

- **chiede** di conservare l'iscrizione al Fondo di Previdenza Generale
- **opta** per il versamento nella misura del (barrare la casella con l'aliquota scelta)

12,50%

2%

- consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, **dichiara** di aver prodotto i seguenti redditi professionali derivanti dall'esercizio dell'attività medica ed odontoiatrica, al netto delle spese necessarie per produrli:

(non devono essere dichiarati i redditi già soggetti a contribuzione ENPAM derivanti dall'attività di medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, addetto ai servizi di continuità assistenziale, specialista ambulatoriale, specialista esterno)

Anno di produzione del reddito	Reddito professionale netto in cifre	Reddito professionale netto in lettere
2004		
2005		
2006		
2007		
2008		

Data, _____

Firma _____

N. B. La presente dichiarazione deve essere corredata della **copia di un documento d'identità** in corso di validità e può essere trasmessa tramite fax al n. **06.48.294.922**. Per ulteriori informazioni può essere contattato il numero telefonico **06.4829.4829**.



Visita il sito dell'ENPAM



giornale

www.enpam.it

cerca nel sito

cerca

Per i soli iscritti

utente

la fondazione

regolamenti

giornale previdenza

pubblicazioni

attività

effetti

avviso di spesa

IN PRIMO PIANO

- Specializzandi: confermazione della posizione dell'Enpam. I versamenti alla gestione separata dell'Inps dovranno essere effettuati con aliquota ridotta
- Fondo Generale "Quota A": contributi obbligatori per il ruolo 2008
- L'Enpam fa proprio il d.lgs 231/2001 e vara il codice etico

Accedi alle NOTIZIE



Fondato da Folco Parodi

www.enpam.it

ENPAM
Anno IX - n° 1-2007

IL GIORNALE DELLA
Previdenza
dei Medici e degli Odontoiatri

TIME
The Weekly Newsmagazine

L'ENPAM
compie
70 anni

COMUNICAZIONE
Che cosa c'è
di nuovo

PREVIDENZA
Prospettive
e interrogativi

AFRICA
Medici
volontari

CONSIGLIO NAZIONALE
Unanimità
sui Bilanci

**Sportelli self-service
nelle sedi degli Ordini**

L'Enpam ha consegnato ventisette tavole di cui undici in formato A3 e cinque in formato A4. Una serie di tavole di informazioni a disposizione dei medici e degli odontoiatri.

di degli Ordini e sportelli self-service nelle sedi degli Ordini. L'Enpam ha consegnato ventisette tavole di cui undici in formato A3 e cinque in formato A4. Una serie di tavole di informazioni a disposizione dei medici e degli odontoiatri.

Consulta la
tua rivista **ONLINE**

Pandemia influenzale, un testo di Parodi e Crovari

"Pandemia influenzale 2009/10, fra timori e speranze. Informazioni per i professionisti della Sanità" è il titolo del testo del prof. Eolo Parodi e del prof. Pietro Crovari prodotto dalla Fondazione Enpam.

Il testo apre con il capitolo "Conoscenze di base sui virus influenzali" che comprende i seguenti argomenti: "Struttura e organizzazione dei virus influenzali", "Classificazione e nomenclatura", "Ecologia dei virus influenzali", "Cambiamenti antigeni dei virus influenzali", "Epidemiologia dell'influenza umana". La seconda parte dello studio si occupa invece della nuova pandemia influenzale, il virus del tipo A, sottotipo H1N1 antigenicamente nuovo rispetto ai ceppi AH1N1 che hanno circolato dal '76 ad oggi, capace di provocare la malattia nell'uomo e di trasmettersi con

facilità da uomo a uomo. Inizialmente detto virus – si legge nel lavoro di Parodi e Crovari – ha iniziato a diffondersi negli USA, Messico e Canada e ha via via raggiunto la maggior parte delle nazioni del mondo. L'Oms, seguendo i criteri prefissati, ha spostato il livello delle fasi pandemiche dapprima al livello 4, dopo circa quindici giorni al li-

vello 5, ed infine l'11 giugno scorso al livello 6, che corrisponde allo stato di pandemia in atto.

Lo studio sulla pandemia influenzale AH1N1, corredato di un'ampia bibliografia, perviene ad interessanti conclusioni: tra queste gli autori sottolineano che "il periodo dell'ondata epidemica che abbiamo ipoteticamente collocato nell'au-

tunno-inverno 2009/2010 sarà senza dubbio più difficile da gestire di quello precedente. I Professionisti della Sanità di ogni tipologia e livello saranno chiamati ad impegnarsi al massimo delle loro possibilità. La comunicazione e la mobilitazione sociali diventeranno critiche. Oltre a fornire, con continuità, notizie oggettive e complete sulla situazione sanitaria e informazioni su dove bisogna rivolgersi per reperire farmaci o risolvere situazioni particolari, la comunicazione dovrà essere indirizzata a incoraggiare una positiva mobilitazione sociale nonché alla solidarietà reciproca".

Il testo dei professori Parodi e Crovari conclude ricordando che di fronte ad un evento epocale come una pandemia dobbiamo essere consci che affrontarlo in un paese come l'Italia è un privilegio rispetto a chi vive in altre parti del mondo: dobbiamo anche ricordare che è la prima volta che il genere umano affronta una pandemia influenzale con armi nuove quali gli antivirali, un vaccino e una predisposizione organizzata a livello mondiale, nazionale e regionale. •

Classificazione dei virus influenzali

Tipo A

- Numerosi sottotipi (H/1-14; N/1-9) e varianti minori (ceppi)
- Serbatoio: uomo ed animali (equini, suini, uccelli, mammiferi marini, etc.)

Tipo B

- Nessun sottotipo - solo varianti minori
- Serbatoio: esclusivamente umano

Tipo C

- Nessun sottotipo
- Serbatoio: umano

Cronologia di comparsa delle principali varianti "maggiori" del virus influenzale A

Virus	1918	1933	1940	1950	1956	1957	1960	1968	1977	2000
A/H1N1	Spagnola								URSS	
A/H2N2						Asiatica				
A/H3N2								Hong Kong		

**È possibile scaricare
il testo sulla
pandemia
influenzale
dal sito Internet
www.enpam.it**

Pensioni di reversibilità, che ingiustizia!

di Marco Perelli Ercolini (*)

Due gemelli, Andrea e Giovanni, si sono laureati entrambi nello stesso giorno e sono pure entrati in carriera ospedaliera lo stesso giorno e al 65° anno tutti e due sono andati in pensione... la stessa pensione Inpdap. Ambedue sposati, ma uno, Andrea, parsimonioso e come una formichina ha risparmiato e tesaurizzato pensando al futuro; l'altro, Giovanni, gaudente ha preferito godersi la vita... tanto c'è una buona pensione. Ma ecco cosa capiterebbe in caso di reversibilità: il primo gemello, Andrea, con una moglie pure lei con una discreta pensione perché ha sempre lavorato oltre che essere madre di tre figli, ormai cresciuti, sacrificandosi come sposa, madre e lavoratrice con dei beni immobili frutto di risparmi e sacrifici, ebbene in caso di decesso del marito Andrea vedrebbe la sua pensione non solo quasi dimezzata per i coeffi-

cienti di conversione previsti per la pensione al coniuge, ma ulteriormente taglieggiati perché titolare di una discreta pensione e di altri redditi. Mentre la moglie del gemello Giovanni che non ha mai lavorato e perciò non ha pensione, avrà una reversibilità piena senza i tagli particolari, il doppio rispetto a quella della cognata.

Da questo esempio è evidente come l'aggancio delle pensioni di reversibilità Inps e Inpdap al reddito del coniuge solo, superstita, è altamente iniqua e discriminante, premiando

chi non ha mai pensato al suo futuro nel postlavorativo... tanto ci pensa lo Stato.

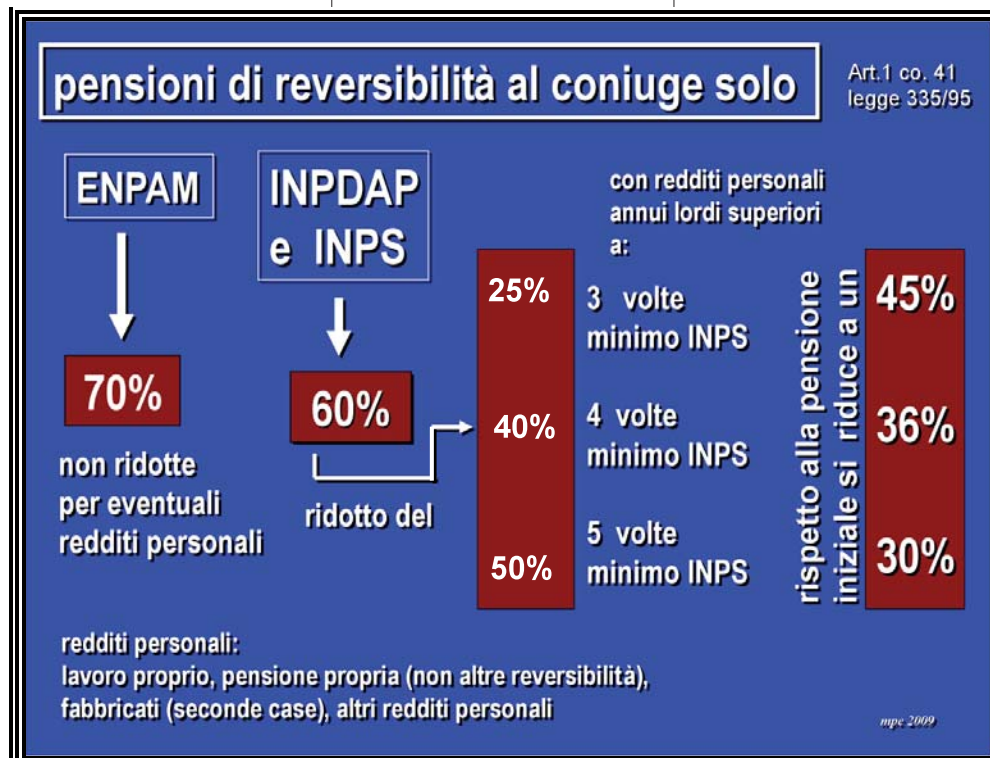
Da un punto di vista tecnico, la pensione deriva quale corrispettivo di contributi versati a valore corrente durante l'attività lavorativa e, nel calcolo attuariale di trasformazione, vengono già considerati i parametri delle spese per la reversibilità di pensione al coniuge superstite nell'ambito di una media di calcolo suffragato dai dati Istat di sopravvivenza. L'aggancio al reddito è dunque una differenziazione che a

parità di contribuzione (contribuzione e non imposte) dà rendite diverse, mentre a parità di contributi andrebbero riconosciuti pari diritti. Altrimenti è evidente una discriminazione che nell'ambito della solidarietà va ricercata nella fiscalità e non in una contribuzione previdenziale.

È un artificio evidente per fare cassetta degli Enti previdenziali della dipendenza che troppo spesso mescolano il sociale con la previdenza. Questo non avviene per le pensioni Enpam, ove vengono rispettati i diritti acquisiti, strettamente correlati alla contribuzione effettuata evitando discriminazioni e ingiustizie sociali. •

(*) Consigliere Enpam

La pensione deriva quale corrispettivo di contributi versati a valore corrente durante l'attività lavorativa



Adozioni internazionali, rimborso spese

Con Dpcm registrato alla Corte dei Conti in data 11 agosto 2009 (in corso di pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale) è stato deliberato il parziale rimborso delle spese sostenute dalle coppie adottive di minori all'estero con adozione nell'anno 2008 con una copertura mediante stanziamento di euro 10 milioni messi a disposizione dalla Finanziaria 2006.

In particolare, ai genitori adottivi residenti sul territorio nazionale, con reddito complessivo fino a 70mila euro, che abbiano adottato uno o più minori

stranieri per i quali sia stato autorizzato l'ingresso e la residenza permanente in Italia nel periodo compreso tra il 1° gennaio ed il 31 dicembre 2008, è concesso un rimborso delle spese sostenute per l'adozione modulato secondo il reddito, con esclusione del 50% delle spese, portate in deduzione della dichiarazione dei redditi ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera l-bis del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917. E precisamente il rimborso è al 50% e comunque sino a un massimo di 6mila euro

ai genitori con reddito complessivo pari o inferiore a 35mila euro e per il 30% fino a un massimo di 4mila euro per le famiglie con redditi tra i 35 e i 70 mila euro.

Per richiedere il rimborso va presentata istanza con raccomandata A/R indirizzata alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Commissione per le adozioni internazionali, Largo Chigi n. 19, cap. 00187 Roma entro il 31 dicembre sull'apposito Modello allegato al Decreto unitamente alla copia di autorizzazione all'ingresso e alla residenza in Italia del

bambino rilasciata dalla commissione, la copia delle certificazioni rilasciate dall'ente che attestino le spese sostenute dalla famiglia, la copia della dichiarazione dei redditi relativa all'anno di adozione, l'autocertificazione con la quale si dichiara che non vengono richiesti altri contributi provinciali o regionali e infine, per queste adozioni pronunciate all'estero e riconosciute in Italia, la copia del provvedimento emesso dal tribunale.

Dall'ammontare del rimborso viene sottratto il contributo forfetario di 1200 euro erogato in base al decreto ministeriale 21 dicembre 2007.

Il rimborso non è soggetto a imposizione fiscale. •

m. p. e.

**Come deve essere
presentata
l'istanza indirizzata
alla speciale
Commissione**





Il dott. Guido Bertolaso

Guido Bertolaso, laureato in Medicina e Chirurgia con lode presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", consegue il Master of Science in Public Health presso la Liverpool School of Tropical Medicine. Dal 1980 al 1989, nell'ambito del Dipartimento Cooperazione e Sviluppo del Ministero degli Esteri, realizza l'Ospedale italiano di Ta-Phraya per i profughi cambogiani. Nel gennaio 1990 viene nominato Dirigente Generale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, cui si aggiunge la nomina a Capo del Dipartimento per gli Affari Sociali. Nel gennaio 1998 diviene Vice Commissario

vicario per il Grande Giubileo dell'anno 2000. Nel 2001 ottiene la nomina di Capo del Dipartimento della Protezione Civile nazionale, incarico rinnovato nel 2006 dal Consiglio dei Ministri. Dal maggio 2008 è Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per l'emergenza rifiuti in Campania

Affidare ad un medico l'emergenza e l'assistenza

Anche grazie a Guido Bertolaso la Protezione Civile italiana ha compiuto in questi anni passi da gigante nella creazione di una solida reputazione internazionale, anche per la competenza e capacità di lavorare in ogni contesto emergenziale

di Carlo Ciocci

Lei è un medico: come si trova ad essere a capo della Protezione civile?

La tutela della vita, degli insediamenti e del territorio dai danni derivanti da calamità naturali, da catastrofi e da altri eventi calamitosi: è il compito che la legge attribuisce al sistema nazionale di protezione civile, un compito che non è in fondo molto lontano dal-

lo spirito con cui, da ragazzo, decisi di studiare medicina e, dopo la laurea, di specializzarmi in medicina tropicale e partire per la Thailandia. Infettivologo in un ospedale al confine tra Cambogia e Laos: zona di guerra, con spazi e attrezzature del tutto insufficienti, dove lavoravamo in condizioni molto difficili. Ma è stato proprio in seguito a quell'esperienza, in cui ho avuto modo di confrontarmi sul campo con le

tante difficoltà organizzative nella gestione degli aiuti internazionali, che sono stato chiamato a coordinare i progetti sanitari, di emergenza e di assistenza umanitaria nei Paesi in via di sviluppo per il Ministero degli Esteri.

Quando, qualche anno più tardi, mi è stato affidato il compito di mettermi alla guida della complessa macchina della Protezione Civile nazionale ero ben consapevole della sfida che mi

aspettava: la responsabilità di fare il massimo su molti fronti, nello spirito di servizio che dovrebbe sempre contraddistinguere un funzionario dello Stato, mettendo a servizio di emergenze piccole e grandi quel patrimonio di esperienza, procedure ed efficacia che contraddistinguono la Protezione Civile.

Ci parla dell'impegno di medici ed infermieri in occasione del terremoto in Abruzzo?

La risposta del Paese, in un momento così drammatico, ha consentito di reagire nell'unico modo possibile: facendo sistema. A questo proposito voglio sottolineare, innanzitutto, l'apprezzamento per il coraggio con cui i medici e il personale sanitario aquilano hanno saputo reagire alla tragedia, adattandosi agli inevitabili sacrifici e disagi delle tendopoli e persino, in molti casi, trovando la forza di proseguire nel collaborare attivamente ai soccorsi: penso soprattutto al contesto, particolarmente delicato, dell'Ospedale San Salvatore dell'Aquila, dove hanno dato prova di grande professionalità, pure se colpiti loro stessi dal sisma, nell'agevolare l'evacuazione precauzionale prima e la riorganizzazione delle prestazioni sanitarie primarie poi.

Nella gestione dei primi soccorsi, così come negli interventi relativi alla fase della messa in sicurezza e dell'avvio della ricostruzione,

ad essere stato vincente, ancora una volta, è stato il gioco di squadra, come è nello stile della Protezione Civile italiana, che ha visto in campo tutte le risorse dello Stato. Nelle ore immediatamente successive al terremoto oltre 250 fra degenti e feriti sono stati trasportati, via terra e per via aerea, in altri ospedali abruzzesi o delle regioni confinanti, mentre da tutta Italia partivano le colonne mobili regionali di Protezione Civile, Croce Rossa e associazioni di volontariato. Già la sera stessa del 6 aprile era sul posto l'ospedale da campo della Regione Marche, che grazie alla straordinaria integrazione tra il volontariato sanitario marchigiano e il personale del San Salvatore è stato in grado, dopo pochissimi giorni, di garantire il funzionamento della struttura per circa tre mesi. Nello stesso tempo sono stati allestiti all'Aquila e negli altri comuni colpiti quaranta Posti Medici

Conservo la memoria di tutte le telefonate che nel corso degli anni mi hanno annunciato le emergenze

Avanzati e due unità mobili odontoiatriche ed è stata organizzata l'assistenza sanitaria di base all'interno delle aree d'accoglienza.

La Protezione civile è impegnata anche in attività all'estero?

Lo scorso giugno, a 50 giorni dal terribile sisma che ha colpito l'Abruzzo, l'Italia è stata invitata a presentare le modalità che hanno contraddistinto l'intervento nell'emergenza terremoto nell'ambito della Global Platform for Disaster Risk Reduction di Ginevra, un appuntamento in cui rappresentanti di Governi, organizzazioni non governative

e internazionali, esperti e accademici si scambiano le reciproche esperienze su come affrontare situazioni di emergenza.

L'esperienza che il sistema di protezione civile ha maturato negli anni ci permette di operare in condizioni ambientali e geografiche diverse senza snaturare le nostre caratteristiche e di utilizzare tutte le componenti del sistema nel modo più efficiente possibile. Dal terremoto in Iran nel 2003 a quello del Sichuan nel 2008, dallo tsunami nel Sud-Est asiatico del 2004 alla crisi del vulcano indonesiano Merapi nel 2006, senza contare gli incendi boschivi nell'Europa mediterranea, la Protezione Civile italiana ha compiuto in questi anni passi da gigante nella creazione di una solida reputazione internazionale, proprio per la sua competenza e capacità di lavorare in ogni contesto emergenziale, dove siamo stati sempre i primi a intervenire ma anche

per la capacità di mettere in campo interventi più complessi che hanno integrato attività di assistenza post-emergenziale con veri e propri interventi di capacity building e cooperazione allo sviluppo.

Che cosa significa emotivamente doversi spesso confrontare con emergenze che comportano distruzione e la perdita di tante vite umane? Ci si abitua davvero a tutto? Il capo della Protezione civile riesce anche ad avere una vita privata?

Non ci si abitua mai, ma posso dire che l'esperienza accumulata nel corso degli anni mi ha reso un uomo più forte, che sente come proprio il dolore che incontra ma non rinuncia alla necessaria lucidità e all'impegno a fare l'impossibile per ridurre l'impatto della catastrofe e far sì che non si ripeta. Certo è che si tratta di una grossa sfida, che impegna ventiquattro ore al giorno, trecentosessantacinque giorni l'anno: conservo la memoria di tutte le telefonate che, nel corso degli anni, mi hanno annunciato le emergenze, grandi e piccole, che hanno richiesto una risposta tempestiva da parte della macchina della Protezione Civile ma sono anche consapevole che senza l'aiuto e la partecipazione della mia famiglia non avrei potuto fare nulla. •

L'intervista è finita. Rimane per il dott. Bertolaso il saluto e l'abbraccio riconoscente di Eolo Parodi.



La prima casa prefabbricata a Onna dopo il terremoto

© Livio Senigalliesi/ag. Sintesi



Il dott. Giuseppe Luongo

Giuseppe Luongo, Presidente della Società italiana di Implantologia osteointegrata (Sio). Specializzato in odontostomatologia e in chirurgia maxillo-facciale, ha frequentato periodicamente la clinica Branemark di Göteborg e si è dedicato alla pratica e alla divulgazione delle metodiche implantologiche sia a livello di attività libero professionale, sia universitaria. È professore a contratto presso la Scuola di specializzazione in chirurgia maxillo-facciale dell'università Federico II di Napoli

Occhi puntati sugli impianti dentali

di Andrea Sermonti

L'implantologia si può dire sia nata in Italia negli anni '50 e le prime applicazioni cliniche sono state fatte proprio nel nostro Paese. Dagli anni '70 anche altri paesi hanno sviluppato studi clinici approfonditi, che hanno dato all'implantologia l'affidabilità odierna, ma l'Italia vanta comunque tra i professionisti di più alto profilo.

Quanto vale il mercato degli impianti in Italia?

Si stima che in Italia vengano montati circa 1 milione di impianti ogni anno e questo ci posiziona tra i primi 3 mercati al mondo dopo Germania e Stati Uniti e addirittura, in rapporto alla popolazione, si può definire il primo. È quindi un mercato molto appetibile dove accanto a sistematiche di primo or-

dine, sono presenti metodologie con insufficiente supporto scientifico e quindi meno affidabili. Secondo un recente censimento, sono circa 300 i sistemi implantari in circolazione. Non pochi tra questi non sono sostenuti da adeguate validazioni scientifiche.

Quanti sono i professionisti che operano in questo settore in Italia?

I dentisti in Italia sono circa 1 ogni 1000 abitanti. Oggi si stima che almeno 2 dentisti su 3 eseguano interventi di implantologia all'interno dei propri studi o direttamente o indirettamente con consulenti esterni. Ormai la richiesta di implantologia arriva direttamente dal paziente che sempre meno ricorre alle dentiere. C'è grande interesse tra i giovani e dal prossimo anno l'insegnamento dell'implantologia avrà maggiore rilevanza

anche a livello universitario ed entrerà come materia di studio nel corso di laurea in odontoiatria.

Quali sono i costi da affrontare per avere un impianto?

Quello dei costi è un problema cui va posta molta attenzione, perché effettivamente i costi dell'implantologia osteointegrata non sono alla portata di tutti. Noi operatori ci aspettavamo che, con una maggiore diffusione di queste metodologie e la crescita della domanda, si registrasse un abbattimento dei costi, che invece non si è verificato. Alcune volte i prezzi degli impianti proposti dalle aziende, se sommati al costo della prestazione del professionista, possono diventare molto elevati. Va sottolineato che da un punto di vista funzionale una riabilitazione effettuata con un implan-

to ha comunque un risultato tre volte superiore rispetto a soluzioni mobili (come la dentiera) che sono nell'immediato meno costose ma richiedono poi interventi che nel lungo termine aumentano i costi per i pazienti.

Esiste un problema legato alla 'contraffazione' degli impianti?

Esiste, come in altri campi, il problema di 'copie'. La nostra società, la SIO, ha di recente organizzato un Forum sulla qualità in implantologia al quale abbiamo invitato a partecipare, oltre ai rappresentanti del mondo della ricerca, della professione e delle aziende produttrici, anche l'Alto Commissariato per la Lotta alla Contraffazione con il preciso scopo di affrontare questo problema al più alto livello. Abbiamo potuto renderci conto che l'argomento è molto sentito.

È reale il fenomeno della 'migrazione' dei pazienti verso paesi dove gli interventi sono meno costosi?

La qualità espressa dall'odontoiatria italiana è talmente alta che credo sia difficile trovare di meglio all'estero. È ovvio che i costi più bassi possano rappresentare un'attrattiva per molti. Abbiamo tuttavia non pochi casi di persone che ritornano da queste esperienze con terapie molto scadenti che vanno ripetute.

Quale è la normativa che

regola questo settore in termini di qualificazione degli operatori?

In Italia il titolo richiesto è la laurea in odontoiatria o la laurea in medicina con specializzazione in odontostomatologia oppure la laurea in medicina conse-

guata prima dell'istituzione del corso di laurea in odontoiatria. È evidente che al di là dei titoli conta la formazione. L'implantologia ha un'importante fase chirurgica che presuppone che gli operatori abbiano sostenuto un ade-

guato training di chirurgia orale e parodontale. È inoltre essenziale il ruolo del protesista. In molti paesi la pressione dei sistemi assicurativi che, in caso di colpa professionale non rimborsano i danni se l'operatore non aveva i titoli ido-

nei, induce all'invio verso colleghi esperti tutti colori che hanno necessità di ricevere trattamenti odontoiatrici specialistici come quello implantare.

Quali soluzioni propone la vostra società scientifica?

La SIO ha molto a cuore il continuo sviluppo dell'implantologia di qualità. Abbiamo in programma una serie di iniziative volte a sensibilizzare tutte le figure professionali coinvolte nel processo: le aziende produttrici, gli operatori, i medici di famiglia, i pazienti stessi. In particolare abbiamo messo a punto, nel processo di costruzione del Forum, una serie di indicazioni che possono essere utili soprattutto ai più giovani per orientarsi in un mercato molto complesso. Altro obiettivo che cercheremo di perseguire è quello di ottenere progressivamente una riduzione dei costi complessivi almeno per le terapie di routine. Questo potrà consentire ad un numero sempre maggiore di pazienti di poter usufruire di questa eccezionale procedura riabilitativa. La SIO, che conta ormai oltre 2000 affiliati, può considerarsi la società di riferimento dell'implantologia italiana ed è in grado di esprimere una politica forte che intende condividere con tutte le più importanti società scientifiche del settore per dare ancora maggior risalto alle iniziative. •

L'IDENTIKIT DELL'IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA**Che cos'è.**

L'implantologia è quella branca dell'odontoiatria che si occupa della sostituzione dei denti naturali mediante impianti, ossia radici artificiali, sui quali vengono poi inseriti i nuovi denti artificiali. È detta osteointegrata perché inserendo all'interno dei mascellari dei supporti – ossia delle radici artificiali – in titanio (materiale biocompatibile e inerte), l'osso cresce a diretto contatto con la superficie dell'impianto consentendo ad esso di diventare parte integrante del corpo. L'organismo non riconosce il materiale come estraneo e quindi lo ingloba. Si ottiene così un supporto fisso che regge le protesi.

Chi può ricorrervi...

Chiunque perda un dente è un candidato a sottoporsi ad una metodologia implantare. Non c'è un limite di età superiore – si può essere operati anche fino a cento anni – mentre bisogna aspettare la conclusione della fase di crescita del paziente, intorno ai 17/18 anni.

... e chi no!

Non è candidabile solo chi non ha un volume osseo sufficiente. Questo può accadere perché ha perso i denti da molto tempo o perché ha avuto traumi o processi cruenti e quindi i volumi ossei non sono idonei all'istallazione dell'impianto. In questi casi bisogna prima ristabilire chirurgicamente il corretto volume osseo e poi il paziente ritornerà idoneo per l'intervento.

Quali materiali.

Tutti concordano nell'utilizzare il titanio, dal punto di vista meccanico assolutamente efficiente e soprattutto di altissima compatibilità. Proprio per questo sono circa 30 anni che viene utilizzato universalmente. Sta ora entrando sul mercato – e ne vedremo i frutti nei prossimi anni – anche lo zirconio, metallo bianco che riduce le trasparenze quando i tessuti sono molto sottili. Le terapie diventano sempre meno invasive. Ad esempio, esiste oggi la possibilità di usare dei *software* che interpretano gli esami radiologici dei pazienti e consentono, riproducendo fedelmente l'anatomia, di effettuare degli interventi 'virtuali' per visualizzare l'estetica finale del paziente. Una volta terminato il *file* viene inviato in centri specializzati di raccolta nei quali viene prodotta e poi inviata al chirurgo una mascherina guida da applicare sui mascellari del paziente. Attraverso appositi forellini vengono inseriti, in maniera assai poco traumatica, gli impianti ed in molti casi è possibile applicare contestualmente una protesi preconfezionata. Queste tecnologie consentono di eseguire in poche ore trattamenti che in passato richiedevano alcuni mesi.

Il Rabbino Capo che “vede” dentro di noi



Il dott. Riccardo Di Segni

Insegnante e poi direttore del Collegio rabbinico italiano, Riccardo Di Segni, romano, nel 2002 è succeduto, nella carica di Rabbino Capo della Comunità ebraica dell'Urbe, dunque come massima autorità spirituale e morale dell'ebraismo italiano, al mitico Elio Toaff, che si dimise per raggiunti limiti d'età e anche per fare largo ai giovani. Medico, primario radiologo all'Ospedale “San Giovanni” di Roma, discendente da almeno tre generazioni rabbiniche, Rav Di Segni divide il suo tempo tra i doveri professionali e il suo essenziale impegno religioso e didattico

di Fabrizio Federici

Professore, come riesce a conciliare la professione medica con una carica così rilevante sul piano religioso e civile?

È un impegno gravoso. Ma nasce da una mia precisa scelta di vita: del resto, tanti colleghi che pure hanno incarichi importanti a livello ospedaliero, poi lavorano parecchio anche nella professione privata. Io ho scelto di dedicare tutto il tempo lasciato libero dalla mia professione alla Comunità ebraica.

In base alla sua esperienza, oggi come valuterrebbe la classe medica italiana sul piano etico-professionale? I giovani medici, in particolare?

Ogni generazione di medici, in realtà, un po' come per tutte le professioni, sente l'aspetto etico del suo lavoro, più o meno come le precedenti: e non mi sembra che le ultime generazioni di dottori siano troppo diverse, appunto, dalle precedenti. Non si può comunque generalizzare: la verità è che tutta la nostra società è fatta “a pelle di leopardo”, con aree ad alta

professionalità e sufficiente eticità ed altre che lo sono assai meno. Ad ogni modo, nello specifico posso dire di non conoscere troppo i giovani medici di oggi: negli ospedali ne vengono assunti così pochi...!

E come vede, Professore, il futuro della sanità italiana? Dobbiamo attenderci un cambiamento della nostra sanità sul

modello USA, con una forte crescita delle polizze private, o legate ai vari Ordini professionali?

Pur con tutte le difficoltà di oggi, io aspetterei a definire irreversibile, o comunque duraturo, il restringimento del Welfare in Europa. Complessivamente, la situazione dello Stato sociale nei Paesi UE è sempre buona rispetto a quella degli altri, USA compresi. Per quanto riguarda specificamente la sanità, il modello statunitense, con una sfera di intervento pubblico così ridotta, per molti aspetti è davvero crudele. Non a caso, da Carter in poi, quasi tutti i presidenti hanno cercato d'allargare la tutela pubblica della salute dei cittadini.

Direi che noi italiani, oggi, dovremmo essere comunque orgogliosi del nostro sistema sanitario, con tutte le pecche che può avere.

Quel che obiettivamente manca, alla sanità italiana, è un sistema di moderno controllo della qualità: sia per accertare rapidamente le responsabilità dei possibili disservizi che per assicurare un più omogeneo sviluppo del sistema sanitario.



Ogni generazione di medici sente l'aspetto etico del suo lavoro

Dovremmo essere comunque orgogliosi del nostro sistema sanitario

Che rapporto ci deve essere, secondo Lei, tra principi etico-religiosi e scelte legislative, disciplina concreta di tanti settori della ricerca e della pratica scientifica, specie se riguardano problemi così delicati come fecondazione artificiale, embrioni, cellule staminali, ecc... per tacere dei più fantascientifici sviluppi, clonazione anzitutto?

Il problema è molto complesso, e ci sarebbero tanti aspetti da approfondire. Ma in sintesi, sappiamo che, in uno Stato democratico, le leggi le fa il Parlamento. E quest'ultimo, chiaramente, è un luogo di mediazione, anche di compensazione, tra le varie posizioni dei parlamentari, i quali devono raccogliere le indicazioni della maggioranza dei cittadini: indicazioni che possono esprimere opinioni, idee a sfondo sia religioso sia laico.

Da un punto di vista molto personale, per quanto riguarda specificamente la fecondazione assistita, considero la legge attuale, la n. 40 del 2004 troppo restrittiva: e posso dire che su questi temi, l'etica religiosa ebraica è senz'altro più aperta di quella cattolica. Parlando di

problemi così delicati, però, stiamo attenti a non confondere – come molti fanno – una legislazione che sia, obiettivamente, più avanzata con un'altra che sia solo più permissiva.

Infine, Rav Di Segni, non posso non chiederle come valuta i più recenti sviluppi del rapporto fra ebraismo italiano e Chiesa cattolica. Dal “febbraio grigio” del 2008, con la reintroduzione ratzingeriana nella liturgia pasquale - pur solo come facoltà, non come obbligo - della “Preghiera per gli ebrei”, abolita già da papa Giovanni col Concilio, all'ultimo viaggio, invece, di Benedetto XVI in Terrasanta. Viaggio, aggiungiamo, in cui il Papa s'è chiaramente espresso per la pacifica convivenza tra cristianesimo, ebraismo e islam...

Diciamo che oggi la situazione di fondo è sostanzialmente buona, anche se, ogni tanto come appunto accadde a febbraio 2008, con quel gesto che sembrò voler riportare indietro le lancette della storia, e che, da parte nostra, impose quantomeno una pausa di riflessione nel dialogo con la Chiesa, ci sono degli incidenti di percorso. L'importante è la volontà di ambo le parti di andare avanti, senza mai dimenticare tutto il cammino che è stato fatto dal Concilio in poi, soprattutto



dalla Dichiarazione “Nostra Aetate” del 1965 (che “assolveva” gli ebrei dalle accuse di “deicidio” nei confronti di Gesù, inaugurando tutt'un'altra era nei rapporti tra le due religioni, n.d.r.). E la possibilità di comunicare, di mantenere un canale di dialogo sempre aperto, soprattutto nei momenti di bisogno. Contano, insomma, soprattutto i fatti: e il solo fatto che Benedetto XVI abbia compiuto questo viaggio in Terrasanta, sulle orme di Paolo VI e Giovanni Paolo II, di per sé è già molto importante.

E come procede, invece, il dialogo tra ebraismo ed islam italiano, specie dopo le iniziative d'approfondimento culturale e teologico lanciate nel 2008 da un'organizzazione come la Comunità Religiosa Islamica (Coreis, diretta dall'imam

milanese Sergio Yahe Pallavicini), molto più aperta di altre al confronto con la cultura occidentale?

Il guaio è che un organismo come la Coreis, di grande validità, ha una rappresentatività del mondo islamico italiano assai scarsa: per cui bisogna per forza trovare altre possibilità di dialogo, fermo restando che eventuali convergenze teologiche e culturali – così come, del resto, tra ebraismo e cattolicesimo – devono avvenire sempre nel rispetto e nella collaborazione reciproci. Detto questo, non so sinceramente quando, anzitutto, l'imam di Roma mi restituirà la visita ufficiale che feci, nel 2006, alla moschea della capitale: ma, prima o poi, lo farà.

Grazie. •

L'ipofisi e la "luna piena"

Harvey Williams Cushing, chirurgo americano, fu un pioniere della neurochirurgia. Nella sua carriera apportò sostanziali contributi alle conoscenze della localizzazione dei tumori cerebrali e alla chirurgia endocranica. Nel 1926 riceve il Pulitzer come autore della biografia del grande clinico canadese William Osler

di Luciano Sterpellone

Cleveland (Ohio), seconda metà dell'Ottocento: Harvey W. Cushing sta recandosi a scuola con due fratelli. I suoi genitori provengono da una famiglia di pionieri inglesi sbarcati nel lontano 1638 a Bay Colony (Massachusetts) da un traballante veliero proveniente da Norfolk.

Il padre (Henry K.) è professore di ostetricia al Cleveland Medical College; e dei suoi dieci figli uno diverrà avvocato, uno geologo, un altro ancora medico legale... Il più piccolo, Harvey, diverrà chirurgo. Prenderà la laurea in Medicina ("cum laude") nel '95 all'Harvard Medical School; il grande clinico canadese William Osler gli trasmetterà non soltanto l'amore per il sapere, ma anche per la bibliofilia e la storia della Medicina. Un testimone lo ricorda "piuttosto piccolo, di corporatura gracile, lineamenti nobili, occhi color marrone scuro, un profilo quasi da indiano... Un ottimo giocatore di tennis e di baseball, astemio ma forte fumatore."

Tra il 1900 e il 1901 il giovane medico trascorre un periodo di studio in Europa,



Harvey Williams Cushing

lavorando a Liverpool con C.S. Sherrington sull'eccitabilità della corteccia motoria dei primati e, a Berna, con T. Kocher e H. Krounecker sui rapporti tra pressione liquorale e arteriosa: in un celebre esperimento nel cane dimostra che aumentando la pressione liquorale si verifica inizialmente un effetto vagale con

bradicardia, seguito da una netta elevazione della pressione arteriosa. L'applicazione pratica di questa acquisizione migliorerà notevolmente la sicurezza degli interventi di craniotomia. Durante questo viaggio ha notizia che a Pavia un medico di soli sei anni più adulto di lui - Scipione Riva-Rocchi - ha inventato un

nuovo ingegnoso apparecchio per misurare la pressione. Lo va a trovare e, dopo aver appreso ogni particolare, ne riceve in dono un esemplare: ha intuito che quel nuovo sfigmomanometro così preciso e maneggevole costituisce uno strumento quantomai prezioso per monitorare la pressione arteriosa e la funzione cardiaca (sin'allora sommariamente valutate con la palpazione del polso) dei suoi pazienti in anestesia. Lo porterà al Massachusetts Hospital; e in breve lo strumento si diffonderà a macchia d'olio negli Stati Uniti e - per feedback - anche in Europa: verosimilmente, senza il suo intervento, lo sfigmomanometro di Riva-Rocchi sarebbe rimasto chissà ancora quanto tempo sconosciuto nell'allora ristretto ambito della Medicina italiana.

Al suo rientro negli Stati Uniti, Cushing si specializza in Chirurgia al Johns Hopkins Hospital di Baltimora sotto la guida del grande chirurgo William Halsted (tra l'altro inventore dei guanti di gomma chirurgici). Ed è anche uno dei primi medici statunitensi a servirsi dei raggi X da poco scoperti. Nel 1901, a soli trentadue anni, mette a punto un metodo di estirpazione del ganglio di Gasser; otto anni dopo il suo nome già circola negli ambienti scientifici europei e statunitensi. Scoppia la I Guerra mondiale e il giovane medico parte volontario per il fronte francese ("Base Hospital

n. 5") con il grado di colonnello, traendo preziose esperienze in particolare nel trattamento delle ferite penetranti del cranio. Ma subito dopo il termine del conflitto viene anch'egli colpito dalla terribile "influenza spagnola" (che mieté circa venti milioni di vittime): come sequela, le sue gambe resteranno per sempre bloccate in flessione.

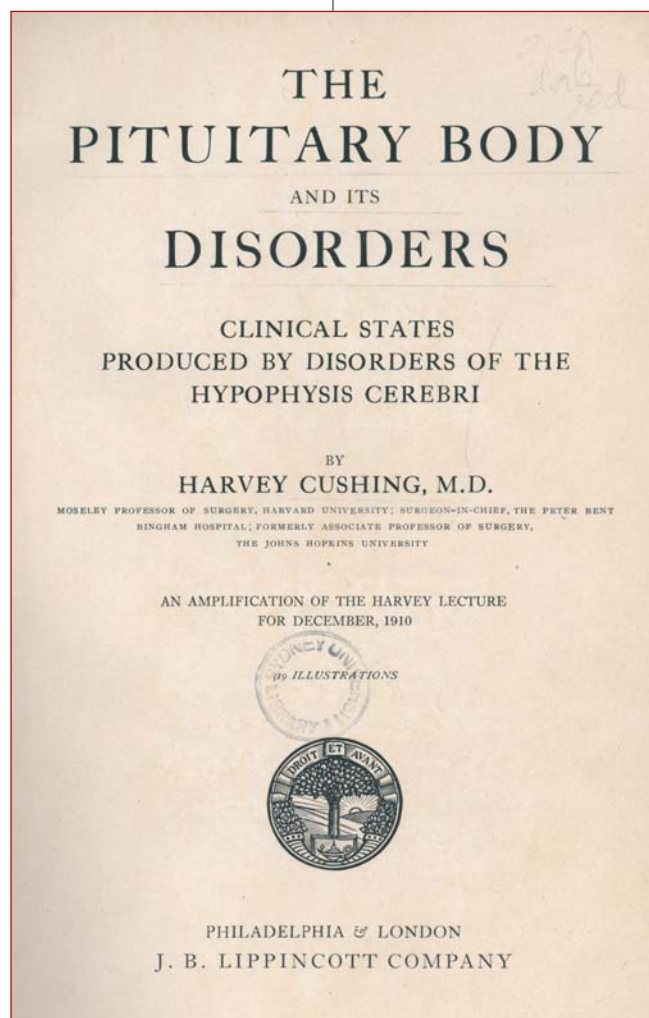
Dagli anni '20 Cushing apporterà sostanziali contributi alle conoscenze della localizzazione dei tumori cerebrali e alla neurochirurgia endocranica: introduce l'elettrocauterio, inventa delle clip d'argento per l'emostasi dei vasi della corteccia cerebrale; sperimentando sulle valvulopatie cardiache nel cane, presagisce "possibilità future di misure chirurgiche nell'uomo atte a risolverle, in particolare la stenosi mitralica". Per gli interventi a torace aperto utilizza l'"inflazione diretta" dei polmoni, anticipando in tal modo i moderni metodi di anestesia endotracheale con pressione positiva.

Anche in virtù di una peculiare perizia tecnica, in un totale di 2 mila casi di tumori accertati riuscirà a ridurre la mortalità dal 96 per cento all'8 per cento: e si consideri che in chirurgia, agli inizi del secolo XX, la cavità cranica era ancora in gran parte terra incognita; avventurarsi in un intervento sul cervello era un'impresa quasi sempre senza ritorno. Una spiccata caratteristica di Cushing era di visitare personalmente più volte il paziente nell'imme-

diato periodo postoperatorio, pur delegando ai medici e al personale parasanitario l'assistenza più minuta: "Il paziente operato - era solito dire - non è degli infermieri, ma resta di chi l'ha operato". Un atteggiamento quasi "tirannico", che gli alienò non poche simpatie. Per la ineluttabile sperimentazione animale necessaria a tanti progressi, impianta ad Harvard un grande laboratorio di formazione professionale e di ricerca, dal quale usciranno alcuni dei più grandi neurochirurghi statunitensi. Ma quel che da sempre lo affascina è una piccola

ghiandola ancora poco conosciuta, l'ipofisi. Divenuto nel 1912 professore di chirurgia a Harvard e primario chirurgo nel nuovo Peter Bent Brigham Hospital di Boston, osserva un caso di quella sindrome che porterà il suo nome: "Il paziente - scrive nella storica monografia *The Pituitary Body and its Disorders* basata su 49 osservazioni e 43 interventi - aveva una testa come un pomodoro su di un corpo come una patata, che ha quattro fiammiferi al posto degli arti". E si rende sempre più conto che l'ipofisi influenza l'attività di altre ghiandole endocrine, e che

può rendersi responsabile di sintomi sia di ipo che di iperfunzione. Ma solo nel '30 intravede chiaramente le connessioni esistenti tra un caso riportato di adenoma basofilo ipofisario e alcuni suoi pazienti che soffrono di adiposità dolorosa della faccia e del corpo: "Il paziente è grasso, ha la gropa di bufalo e la faccia a luna piena". Nel suo classico lavoro storico *The Basophil Adenomas of Pituitary Body* (1932) descrive otto casi di iperfunzione della corteccia surrenale, sei dei quali con quadro clinico documentato di adenoma basofilo dell'ipofisi, codificando in tal modo una nuova entità nosologica ("sindrome polighiandolare") che diverrà universalmente nota come malattia di Cushing, in un secondo tempo ascrivita a iperproduzione di ACTH. La passione per i libri trasmessagli da Osler non l'ha però mai abbandonato. Fonda una biblioteca alla Yale Medical School, ove riesce a raccogliere 25 mila volumi. La stessa passione che nel 1926 gli frutta il premio Pulitzer per i due tomi scritti sulla vita di William Osler, sui quali ha lavorato per cinque anni. Cushing morirà il 7 ottobre 1939 per infarto miocardico mentre sta lavorando alla biografia di Andreas Vesalio: l'edizione del famoso *De humani corporis fabrica* stampata nel 1543 a Basilea l'aveva acquistata in Italia al tempo dell'incontro con il nostro Riva-Rocci. •



Ipertensione arteriosa, quali strategie preventive?

di Andrea Meconcelli

Nonostante negli ultimi 20 anni si sia verificata una riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari, queste rappresentano ancor'oggi anche nel nostro Paese uno dei problemi a maggior impatto sul Sistema sanitario nazionale sia in termini di mortalità, morbidità, disabilità che di dispendio di risorse umane e finanziarie. Numerosi sono i dati epidemiologici sull'eccesso di rischio attribuibile all'ipertensione arteriosa nello sviluppo delle malattie cardiovascolari, in primis sull'ictus cerebrale (1). Trial clinici controllati sull'uso di farmaci antipertensivi e sulla modificazione dello stile di vita hanno fortunatamente evidenziato il notevole beneficio che deriva nell'adottare indipendentemente dall'età azioni di prevenzione (2,3). Sull'argomento abbiamo



incontrato il dottor Alberto Mazza, responsabile del Centro ipertensione della Struttura operativa complessa di Medicina Interna dell'Ausl 18 Rovigo.

Come si diventa ipertesi? L'ipertensione arteriosa origina dall'effetto combinato di fattori genetici ereditari e di fattori ambientali modificabili, come lo stress e l'eccessiva introduzione di sale. Ne

soffrono quasi 20 milioni di italiani e molti soggetti ipertesi non sono consapevoli di esserlo; per questi l'unico modo per prevenire il danno agli organi bersaglio - cuore, rene, cervello, arterie - è di misurare la pressione arteriosa, procedura semplice, veloce e poco costosa che, se realizzata in modo standardizzato, può essere molto importante per valutare il rischio cardiovascolare globale.

Cosa si intende per rischio cardiovascolare globale?

Nei soggetti con ipertensione arteriosa spesso coesistono altri fattori di rischio cardiovascolare, come l'ipercolesterolemia, l'obesità, il diabete mellito, il fumo di sigaretta. In altre parole l'ipertensione arteriosa è spesso la punta di un "iceberg", un epifenomeno di più fattori di rischio associati nello stesso soggetto i quali interagiscono in modo "moltiplicativo" tra di loro aumentando il rischio di incorrere in eventi cardiovascolari quali l'ictus cerebrale, l'infarto miocardico, l'insufficienza renale cronica e l'arteriopatia periferica.

Come si previene l'ipertensione arteriosa?

Oltre alla semplice misurazione della pressione, per prevenire l'ipertensione si dovrebbero da un lato identificare gli individui geneticamente predisposti e dall'altro correggere i fattori ambientali. Ad oggi, sono state già identificate alcune forme di ipertensione arteriosa su base genetica, ma la loro prevalenza è talmente bassa nella popolazione generale tale da non giustificare uno screening genetico esteso. È tuttavia ben noto che i figli di soggetti ipertesi hanno una maggiore probabilità di sviluppare l'ipertensione rispetto ai figli dei normotesi e perciò questi dovrebbero misurare la pres-

Identificare gli individui geneticamente predisposti e correggere i fattori ambientali

sione arteriosa per riconoscerne precocemente un suo aumento e per prevenire lo sviluppo dei danni a carico degli organi bersaglio.

Quali strategie possono essere adottate per prevenire l'ipertensione?

La prevenzione dell'ipertensione arteriosa è oggi un obiettivo raggiungibile con una sana alimentazione a base di frutta e verdura, con l'assunzione di alimenti a basso contenuto di grassi saturi, con la riduzione dell'apporto di sale - non più di 6 gr. di cloruro di sodio al giorno - e soprattutto con l'aumento dell'attività fisica. È ormai assodato che circa 20 minuti di jogging o di passeggiata a

I figli di ipertesi hanno maggiori probabilità di sviluppare l'ipertensione

passo svelto al giorno, o 40 minuti di attività aerobica - corsa, nuoto - tre volte la settimana sono in grado di abbassare la pressione fino a 10 mmHg. È importante sottolineare che l'attività fisica determina anche un calo del peso corporeo che si traduce in una riduzione della pressione tra i 5 e 7 mmHg ogni 10 kg di perdita di peso. Un corretto consumo di sale è inoltre in grado di ridurre la pressione di 2-8 mmHg.

Una piccola parentesi deve essere fatta riguardo al caffè: è vero che il caffè può far innalzare la pressione, ma si tratta di un effetto transitorio che, peraltro, si attenua con l'assuefazione. Quindi, con grande cautela, si possono consumare un paio di caffè al giorno, magari non tutti i giorni e non più volte al giorno.

Per prevenire l'ipertensione è anche consigliato limitare il consumo di bevande alcoliche: è permesso assumere un bicchiere di vino ai pasti, cercando invece di evitare i superalcolici che contengono maggiori quantità di etanolo.

Quali nuove strategie dovrebbero essere introdotte per contenere lo sviluppo e la diffusione dell'ipertensione arteriosa?

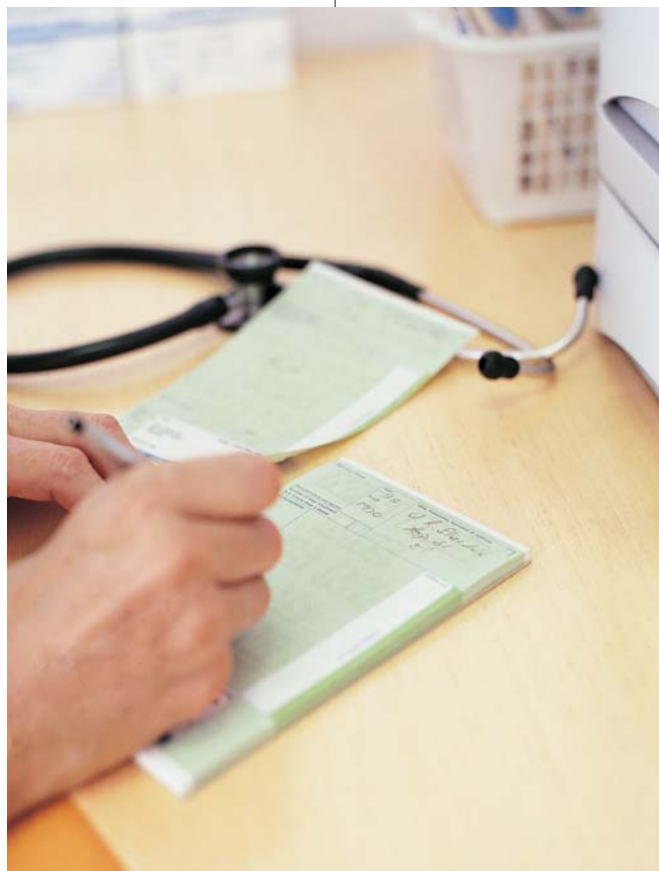
Innanzitutto informare la popolazione ed in particolare i soggetti a maggior rischio - quelli con familiarità per ipertensione, gli obesi, i fumatori ed i sedentari - di recarsi dal loro medico di famiglia per misurarsi la pressione. Nei casi complicati prima di iniziare una terapia farmacologica sarebbe opportuno poter disporre di Centri specialistici per l'ipertensione - che attualmente in Italia sono per lo più ubicati in strutture Universitarie ma che dovrebbero essere presenti soprattutto nelle Aziende ospedaliere - al fine di garantire una più stretta collaborazione con

i colleghi della Medicina Generale, primi baluardi di difesa per questa patologia, al fine di ottimizzare la gestione dei soggetti a maggior rischio. Molte informazioni sono anche oggi disponibili nella rete di Internet dove si può trovare ampia documentazione circa la prevenzione dell'ipertensione (<http://www.siiia.it>; <http://www.siprec.it>).

Infine dovrebbero essere incentivate campagne di informazione e di sensibilizzazione in tutta la popolazione sull'importanza dell'auto-misurazione della pressione arteriosa che attualmente rappresenta la vera arma per prevenire e diagnosticare tempestivamente questa patologia. •

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*. 2008 May 3;371(9623):1513-8.
2. Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, Algert C, Arima H, Barzi F, Bulpitt C, Chalmers J, Fagard R, Gleason A, Heritier S, Li N, Perkovic V, Woodward M, MacMahon S. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2008;336(7653):1121-3.
3. Williams B. The changing face of hypertension treatment: treatment strategies from the 2007 ESH/ESC hypertension Guidelines. *J Hypertens* 2009;27 Suppl 3:S19-26.



L'importanza di curare il "capitale umano"



Numerosi imprenditori, pur ritenendo fondamentale il livello di capacità ed efficienza delle "risorse umane" a disposizione, considerano gli interventi a tutela della salute poco produttivi, se non del tutto inutili. Tale atteggiamento mette in discussione non solo il ruolo della Medicina del lavoro nella società di oggi ma anche, e soprattutto, il ruolo dell'uomo come "primo fondamento del valore del lavoro"

di Daniele Romano

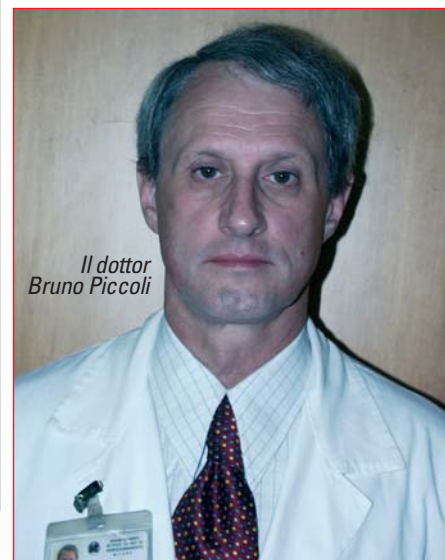
La storia della Medicina del lavoro nasce in Italia nella seconda metà del diciassettesimo secolo con la sistemica testimonianza clinica di Bernardino Ramazzini, dottore di filosofia e medicina, sugli effetti della rivoluzione industriale. Con il contributo di Luigi Mangiagalli, primo Rettore

dell'Università di Milano, viene inaugurata nel 1910 la prima clinica dedicata alla prevenzione e diagnosi delle malattie professionali "Luigi Devoto", prestigioso direttore fino al 1935. A questa brillante partenza non è seguita una saldatura su scala internazionale tra Medicina del lavoro e mondo aziendale, necessaria per ridurre l'impatto e i

costi sociali delle patologie del lavoro e, in ultima istanza, per migliorare la produttività del "capitale umano" con una sistematica prevenzione dei rischi. Il decreto legislativo 81/2008 sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro è in linea con la rigorosa direttiva europea. Il vissuto aziendale del medico del lavoro è inteso pre-

valentemente come una spesa da contenere al massimo al fine di evitare sanzioni. Generalmente vengono fatte dalle aziende proposte indecenti (anche meno di 10 euro a visita) al medico del lavoro, per sbrigativamente risolvere un'attività considerata marginale se non superflua.

Ne parliamo con il dottor Bruno Piccoli, professore associato alla Cattedra di Medicina del lavoro dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, che ha prodotto in 30 anni di carriera duecento articoli scientifici nazionali ed internazionali e quasi un centinaio di relazioni a congressi sulla materia su cui si è specializzato. "Gli imprenditori spesso sottolineano che uno dei fattori più importanti per il buon andamento delle attività industriali, artigianali, commerciali, di servizio, sia rappresentato dal livello di capacità ed efficienza delle "risorse umane" a disposizione. Questa affermazione è particolarmente riproposta dai manager delle società di



*Il dottor
Bruno Piccoli*

servizi (attività d'ufficio). Appare allora contraddittorio il fatto che verso questi operatori gli interventi di tutela della salute siano considerati da numerosi imprenditori poco produttivi, se non francamente inutili. Sconcertante, poi, è osservare che alcuni manager, molto sensibili alla manutenzione delle macchine dedicate alla produzione, cui conferiscono grande impegno e solerzia d'azione, ritengano non opportuna né proficua anche una "manutenzione" degli operatori che su queste macchine operano! Ne derivano situazioni ove la Medicina del lavoro o è ridotta ad uno stato minimale, mera anti-sanzione penale, o dispone di grandi risorse economiche, ma orientate verso obiettivi non utili né adeguati al conseguimento del benessere e dell'efficienza lavorativa degli operatori coinvolti."

Questo il quadro preoccupante che costituisce un vero e proprio freno allo sviluppo economico se consideriamo la centralità, i costi e i benefici del "capitale umano".

Molti confondono la Medicina del lavoro con la diagnosi precoce e non vedono i benefici dei piani di *risk assessment management*, del piano di preven-



zione e valutazione dei rischi di conseguenze patologiche dell'attività e dell'ambiente lavorativo.

Il dottor Piccoli cita, ad esempio, i lavori sul rischio occupazionale da luce blu. La letteratura internazionale biomedica da tempo sollecita attenzione e cautela ai produttori ed utilizzatori di queste sorgenti luminose, per i gravi effetti lesivi che potrebbero insorgere a seguito di specifiche irradiazioni retiniche, sia nella popolazione generale che in quella lavorativa. "Purtroppo - sottolinea Piccoli - le attività di ricerca, di sorveglianza e di monitoraggio che competerebbero ai medici del lavoro ed agli igienisti occupazionali sono in questo ambito del tutto silenti."

L'esposizione a luce prodotta da particolari sorgenti artificiali, che emettono prevalentemente nella banda violetto-blu, hanno quale "organo bersaglio" l'occhio ed in particolare la retina.

I settori e le lavorazioni, ove maggiore sembra essere la presenza e più intenso l'uso di sorgenti artificiali emettenti luce blu, sono: 1) saldature ad arco e ad elettrodo; 2) processi di indurimento resine; 3) studi fotografici pubblicitari; 4) teatri e studi televisivi; 5) processi di stampa industriali; 6) supermercati.

Mentre il danno termico può avvenire solo in condizioni assai particolari di esposizione, il danno fotochimico sembra possa insorgere in modo acuto o cronico, anche in condizioni di lavoro "tradizionali" ove queste tutele non sono presenti.

La Direttiva approvata il 14 febbraio 2006 dal Parlamento europeo, volta "a proteggere i lavoratori dai rischi derivanti dalle radiazioni ottiche", oltre ad indicare in modo dettagliato metodi e criteri per la misurazione della luce blu nei luoghi di lavoro, impone ai datori di lavoro mirati interventi di monitoraggio ambientale e di sorveglianza sanitaria per i lavoratori esposti.

Lo sviluppo della Medicina del lavoro può alleggerire i pesanti costi sociali determinati dalle patologie lavorative, in crescente evoluzione, considerati i cambiamenti delle mansioni e degli stili di vita.

Oltre naturalmente a restituire migliori condizioni di salute alla popolazione lavorativa, tenendo conto di tre livelli di intervento che interagiscono con il lavoratore e con l'impresa:

- la Asl con funzioni di vigilanza, a cui fa ricorso il medico del lavoro in situazioni di evidente violazione delle norme;
- il medico del lavoro che

esercita la prevenzione, con diagnosi e prognosi;

- il medico curante che si fa carico del lavoratore/paziente.

È un paradosso che la Medicina del lavoro sia sottoutilizzata, sia per i risultati economici che per quelli sociali. Il dottor Piccoli cita Giovanni Paolo II, dalle cui parole emerge una saggezza e modernità che faticosamente ha raggiunto sia il mondo confindustriale che quello sindacale.

Dal discorso di Giovanni Paolo II, "Laborem exercens" a Castel Gandolfo, il 14 settembre, festa dell'Esaltazione della s. Croce, dell'anno 1981, terzo di Pontificato:

"La questione sociale, che continuamente si ripresenta e si fa sempre più complessa, deve essere cercata nella direzione di «rendere la vita umana più umana», allora appunto la chiave, che è il lavoro umano, acquista un'importanza fondamentale e decisiva... il primo fondamento del valore del lavoro è l'uomo stesso, il suo soggetto... prima di tutto il lavoro è «per l'uomo», e non l'uomo «per il lavoro»...., in ultima analisi, lo scopo del lavoro, di qualunque lavoro eseguito dall'uomo - fosse pure il lavoro più «di servizio», più monotono, nella scala del comune modo di valutazione, addirittura più emarginante - rimane sempre l'uomo stesso." •

Lo scopo del lavoro, di qualunque lavoro eseguito dall'uomo, rimane sempre l'uomo stesso

Degrado, malattia, dolore lì, alla periferia di Roma

Storie di povertà, violenza ed infanzia negata.

E non, come siamo soliti aspettarci, dall'altra parte del mondo, ma a poca distanza dal centro della capitale. La testimonianza della dottoressa Lucia Ercoli, responsabile del Servizio di medicina solidale e delle migrazioni di Tor Bella Monaca



di Lina Vita Losacco

Tor Bella Monaca è uno dei quartieri della periferia di Roma con forte disagio sociale; una vasta zona dove famiglie italiane e numerose comunità di stranieri vivono ad di sotto della soglia di povertà. Nello stesso quartiere, in viale Duilio Cambellotti, sorge il Servizio di medicina solidale e delle migrazioni(1), un Poliambula-

torio ricavato al piano terra della chiesa di Santa Maria Madre del Redentore dove, dal 2004, medici volontari di varie specializzazioni accolgono e curano i numerosissimi pazienti appartenenti alle fasce sociali deboli, immigrati, nomadi e senza fissa dimora. Un presidio sanitario "a bassa soglia" dove l'assistenza viene garantita senza i limiti burocratici ed economici che spesso non permettono l'accesso al

Servizio sanitario nazionale, soprattutto alle persone povere o straniere.

Il Servizio, nato dalla collaborazione tra la Facoltà di medicina-Policlinico universitario di "Tor Vergata", l'Istituto di medicina solidale-onlus e la Diocesi romana, dal 2005 è anche sede del tirocinio prelaurea obbligatorio per gli studenti della Facoltà di Medicina di "Tor Vergata"; esso rappresenta "una unità operativa

che funziona all'occorrenza come day-hospital" dice la dottoressa Lucia Ercoli, responsabile del Servizio, che con i suoi collaboratori accoglie dai 30 ai 50 utenti al giorno, dal lunedì al venerdì: "Abbiamo incontrato circa 40 mila persone da gennaio 2005, i pazienti adulti attualmente in carico sono 9 mila e 1200 i pediatrici; il Servizio è diventato punto di riferimento sul territorio per interi nuclei familiari, soprattutto immigrati che oltre a sentirsi accolti si sentono garantiti nel fruire di un servizio di facile accesso". Oltre le attività di medicina generale e specialistica, di diagnostica strumentale, per tre volte a settimana è attivo un centro prelievi coordinato con il Policlinico. Nel 70 per cento dei pazienti in carico si tratta di immigrati o nomadi. Di essi il 41 per cento proviene dall'Est Europa (di cui l'82,4 per cento dalla Romania), il 34 per cento dall'Africa (Congo, Camerun e Nigeria 87,3 per cento). Le patologie più frequenti sono quelle della tiroide, diabete, obesità, ipertensione arteriosa e, inevitabilmente, anche cardiovascolari. Vari studi con-

**L'estensione
delle malattie
è spiegabile
anche con
il cambiamento
del regime
alimentare**

(1) www.medicinasolidale.org

A loro i "diritti di bambino" sono negati non importa se italiani o stranieri

fermano che l'estensione di tali malattie è spiegabile, oltre che per i diversi fattori di discriminazione socio-culturale⁽²⁾ e adozione di stili di vita poco salutari, anche per il cambiamento del regime alimentare a seguito della migrazione; il largo uso di cibi *fast food*, bibite gasate o merendine, ad esempio rappresentano una sorta di *status symbol* percepito come indicatore di integrazione o il sovrappeso simbolo di prosperità economica.

Le donne che si rivolgono al Servizio di medicina solidale, 70 per cento dell'utenza, nel 50 per cento dei casi fanno richiesta di assistenza in gravidanza: "Accogliamo circa 1000 gestanti l'anno, nelle nigeriane ad esempio la gravidanza è indicatore della loro capacità riproduttiva e quindi della loro forza ma, a causa dell'estremo disagio sociale, sono costrette ad interromperla. Soprattutto tra le donne immigrate e nomadi è molto elevato il ricorso all'IVG (fino a 25 IVG/donna)".

Per le donne migranti, private del proprio contesto culturale e sostegno familiare, la maternità è molto fragile, difficile in una condizione di sopravvivenza. Frequenti sono poi le richieste di screening per il ti-

more di infezioni sessualmente trasmissibili. Molte donne vivono un'alta condizione di promiscuità dei rapporti sessuali, ma anche una forte costrizione a forme di sfruttamento che colpisce in particolar modo le giovanissime e i bambini.

A Tor Bella Monaca, il quartiere intorno a via dell'Archeologia, si vive in un concentrato di *disagio e violenza* soprattutto a carico dei minori: sono tantissimi i bambini violentati, torturati, sfruttati e venduti, oppure arruolati, dai 3 ai 16 anni, come corrieri della droga. A loro, nati nella violenza ed educati alla violenza, i "diritti di bambino" sono negati, non importa se italiani o stranieri; per molti di loro può accadere di perdere i genitori nello stesso giorno se *il padre muore per overdose e la madre va in carcere per aver accolto la vicina di casa*, ritrovandosi orfani e abbandonati a se stessi. Ma anche quando ci sono, le madri di questi bambini, in uno stato di *acquiescenza sociale*, subiscono violenza spesso introiettata e poi espressa con un linguaggio e un com-

portamento crudo e crudele. Private dei propri diritti non riconoscono quelli dei loro figli con i quali non sono in grado di esercitare un ruolo genitoriale idoneo e competente.

"Quello che colpisce - spiega la dottoressa Ercoli - è che i bambini scolarizzati presentano una sorta di dicotomia tra la propria dimensione e quella degli altri bambini, fatta di regole e affetti, desiderata e irraggiungibile. Alcuni riescono a fuggire e a rivolgersi alle forze dell'ordine per denunciare le violenze subite". Il lavoro della pediatra e della neuropsichiatra infantile del Servizio è intenso: tanti sono i bambini iperattivi, con dispersione scolastica, affetti da psicosi o con lesioni e patologie dovute alla violenza subita o all'incuria. Povertà, degrado, violenza, abuso e traffico di sostanze stupefacenti, genitori con elevata emarginazione, rappresentano per i bambini fattori di rischio di abuso più elevato e di problemi psicologici o comportamentali. Oltretutto l'elevata mobilità residenziale, la diversità tra i gruppi di popolazione e l'ele-

vata densità, la disoccupazione o il diffuso isolamento sociale, sono tutti fattori che creano un clima favorevole alla violenza, o riducono l'inibizione nei suoi confronti. Non è casuale che in questi contesti prevalgano norme culturali che avallano la violenza come metodo per risolvere i conflitti o che danno priorità ai diritti dei genitori rispetto al benessere dei bambini, o che accentuano il potere degli uomini sulle donne e i bambini.

La disparità nella distribuzione delle risorse materiali, di status è in stretta relazione con i principali fattori di rischio per la salute. Certamente la risposta del Servizio di medicina solidale e delle migrazioni inserito in un contesto quale quello appena descritto, tra l'altro molto vasto territorialmente, cerca di contrastare e ridurre la costante disuguaglianza esistente in merito allo stato di salute, fortemente correlata allo svantaggio sociale. L'esperienza di medici, infermieri, mediatori culturali, psicologi, garantendo cure mediche e un'ampia attività di prevenzione e di educazione alla salute implementate dalla capacità di coesione e di solidarietà, studiando le condizioni di queste persone e i fattori che le determinano, rappresenta una **risposta globale**; essa si pone infatti con l'obiettivo di possibili cambiamenti da introdurre nel sistema per renderlo più accogliente diventando allo stesso tempo strumento di tutela per l'infanzia e non solo. •



(2) Frisbie WP, et al. Immigration and the health of Asian and Pacific Islander adults in United States. American Journal of Epidemiology 2001;153:372-80.



© Antonello Nisca/Ag. Sintesi

Lampedusa. Immigrati clandestini appena salvati dalla guardia costiera vengono soccorsi da volontari

A Lampedusa lavora il “medico degli immigrati”

L'esperienza di specialisti della rianimazione, chirurghi, psichiatri, anestesisti, otorinolaringoiatri, pediatri e cardiologi impegnati presso il Centro di prima accoglienza

di Ezio Pasero

Lampedusa – “Noi siamo medici, e ci occupiamo della vita. Tutto il resto non ci interessa”. Il dottor Nino D'Angelo (“Sì, proprio come il cantante, e invece guardi con questo nome cosa mi sono ritrovato a fare”) è un chirurgo di 42 anni e da sette lavora presso l'infermeria del Centro di prima accoglienza di Lampedusa. Se non era un medico dell'emergenza, lo

è diventato, perché qui l'emergenza è routine. “È un'esperienza che ti cambia la vita”, dice, “perché quando sei a contatto tutti i giorni con questa realtà drammatica, ti rendi conto che i nostri presunti problemi quotidiani sono in realtà problemi da ridere. Troppa poca gente sa purtroppo che cosa passa da Lampedusa”.

È vero. Perché del problema degli immigrati clandestini che cercano di sbarca-

re sulle coste dell'isola, anche quest'estate, si è parlato sempre e solo in termini politici, polemici. Spesso non considerando che se tante carrette del mare arrivano piene di disperati in condizioni esauste, donne incinte in condizioni gravi, bambini allo stremo, e una volta sbarcati tutti sopravvivono, è perché qualcuno si prodiga per loro. Perché ci occupa delle loro vite e basta, come dice il dottor D'Angelo. Gente come lui

e come gli altri medici e infermieri che si alternano in turni settimanali presso l'infermeria del Centro. Come sa bene, per esempio, il giovane somalo arrivato a fine agosto su un gommone di disperati proveniente dal Corno d'Africa che era stato intercettato da una motovedetta maltese che però lo aveva respinto in mare, verso nord, e che invece a Lampedusa è stato sbarcato, trattenuto e curato. Qui, nel Centro di prima accoglienza, ci sono specialisti della rianimazione, chirurghi, psichiatri, anestesisti, otorinolaringoiatri, pediatri, cardiologi. Non è molto facile dire in cosa consista qui l'ambulatorio, che pure è attrezzatissimo, come sottolinea l'avvocato Federico Miragliotta, direttore del Centro, e dispone di defibrillatore automatico, saturimetro, apparecchio per monitoraggio dei parametri vitali, bombole per ossigenoterapia, set per intubazione e ventilazione, aspiratore, lettini piani e ginecologici e strumentazione per interventi di piccola chirurgia... Non è facile perché, spiega il dottor D'Angelo, “a seconda delle circostanze e delle necessità, l'infermeria si espande e qui tutto diventa infermeria, anche le sedie, anche i tavoli”. Da due a quattro medici e

È nel triage al molo che i medici identificano le priorità assistenziali

da uno a tre infermieri sono sempre presenti nell'ambulatorio aperto ventiquattr'ore su ventiquattro, dipende dalle emergenze. E le emergenze non sono la scabbia, o la malaria, o la tubercolosi, o tutto ciò che spaventa quanti sostengono che "gli immigrati ci portano le malattie", e poi considerano invece normale il fatto che i nostri figli, nelle nostre belle scuole, tutti gli anni si prendono i pidocchi. Le emergenze, innanzi tutto, si evidenziano al molo, quando gli immigrati vengono portati a terra dai mezzi della Guardia di Finanza o della Guardia Costiera che, in molti casi, li hanno ripescati e salvati da una misera fine. È nel triage al molo, strumento di importanza spesso vitale, che si identificano le priorità assistenziali, valutando i segni e i sintomi che gli immigrati presentano, fondamentali per la gestione e classificazione delle emergenze medico-sanitarie.

"C'è da dire che gli immigrati che sbarcano a Lampedusa sono tutti giovani, e questo gioca a loro favore". E non è un caso, infatti, come evidenzia la tabel-

COMPARATIVO SULLE PATOLOGIE DEGLI IMMIGRATI, UN CONFRONTO CON LA POPOLAZIONE ITALIANA

	Immigrati	Italiani
Patologie cardiovascolari	0,20%	2%
Patologie delle vie urinarie	0,53%	1%
Patologie respiratorie	1,93%	14,30%
Patologie dermatologiche	1,24%	1%
Patologie gastrointestinali e odontalgie	1,20%	4%
Affezioni muscoloscheletriche	3,13%	5%
Patologie psichiatriche	0,24%	5%
Ferite	0,96%	3%
Otalgie	0,44%	1%
Altre malattie	3,56%	2%

la comparativa che pubblichiamo, come le incidenze delle varie patologie siano assai inferiori negli immigrati che nella media della popolazione italiana. "Nel loro caso svolge un ruolo essenziale la selezione naturale", continua il chirurgo, "e quindi le emergenze che dobbiamo affrontare le ha provocate l'Africa prima della loro partenza, oppure il mare durante il viaggio. È proprio il tipo di viaggio che fa la differenza: quando dura, come è la maggior parte dei casi, dalle otto alle sedici ore, gli immigrati arrivano relativamente in buone condizioni. Se invece fanno naufragio, a creare problemi è la durata della permanenza in

mare: dove non hanno cibo e non possono bere, oppure bevono acqua di mare. E poi ci sono, spessissimo, le ustioni da benzene, che riguardano soprattutto le donne: sedute al centro della barca, costrette in una posizione obbligata per tutto il viaggio, vengono ustionate dalla macerazione dell'acqua di mare, della loro urina e del carburante che si riversa in parte dentro l'imbarcazione quando lo travasano nel serbatoio del motore. Noi ce ne accorgiamo subito perché scendono al molo camminando a fatica, anche per via dell'atrofismo muscolare". E poi ci sono le febbri d'inverno, le infezioni alle vie respiratorie, i problemi delle donne incinte, che all'occorrenza vengono trasferite subito al poliambulatorio di Lampedusa o in elicottero a Palermo, e tutti quelli, eritrei soprattutto, che arrivano con i polpastrelli ustionati o tagliuzzati per evitare, anche se in questo modo riescono solo a ritardare, il riconoscimento attraverso le impronte digitali. "Il problema è cercare di ca-

pirli, mettersi dalla loro parte, che è quella di chi ha una cultura e una mentalità diversissime dalle nostre", dice ancora il dottor D'Angelo. "Per esempio, mi ha colpito una donna eritrea che scappava dal suo paese perché diceva di essere cardiopatica e che non poteva curarsi, là non trovava i farmaci. Noi abbiamo fatto tutte le indagini, anche grazie ai medici del 118, e abbiamo verificato che soffriva solo di un reflusso gastroesofageo, ma lei non ci credeva: "Dottore, ho visto tante atrocità nel mio paese, crede che mi spavento se mi dice che sono malata?", mi diceva.

E quando l'ho ricoverata e le ho detto che poteva portare con lei sua figlia, una bimba di quattro anni bellissima, che si chiama Runa, mi ha detto: "no, grazie, dottore, preferisco che la tenga lei". Continua a raccontare le sue esperienze professionali e umane, il medico degli immigrati, e non si può non rimanere affascinati. È proprio vero: troppa poca gente sa che cosa succede a Lampedusa... •



(© Sergio Cornioli/Enblema/Sintesi)

Tecniche mini-invasive in chirurgia tiroidea e paratiroidea

Una nuova tecnica per gli interventi sulla tiroide e sulle paratiroidi viene eseguita con successo da circa due anni presso l'Istituto di Chirurgia generale e d'urgenza del Policlinico Universitario di Palermo, diretta dal prof. Gaspare Gulotta. Tale procedura chirurgica mininvasiva e video assistita, ideata dal prof. Paolo Miccoli e messa a punto dal gruppo pisano e dall'equipe romana del prof. Rocco Bellantone, viene eseguita tramite una min-incisione della cute attraverso la quale vengono introdotti gli strumenti operatori e un'ottica di cinque millimetri di diametro. Riduzione delle complicanze e dei tempi di degenza, ridotto dolore post operatorio, minima cicatrice - e, quindi, aspetto estetico non penalizzato - costituiscono gli indubbi vantaggi per i pazienti. Presso l'Istituto del prof. Gaspare Gulotta, struttu-

ra dove sono stati eseguiti dal gennaio 2007 oltre 4mila interventi in urgenza e in elezione di cui 500 sulla tiroide, la Mivat (acronimo anglosassone Minimally invasive video assisted thyroidectomy) è un intervento proposto in caso di gozzi non voluminosi (dimensioni sino a 25 ml) e per noduli sino a 3 cm di diametro.

L'incisione varia da circa 1,5 cm nella video assistita a 3 cm nella semplice mininvasiva al posto dei 4-6 cm dell'intervento tradizionale.

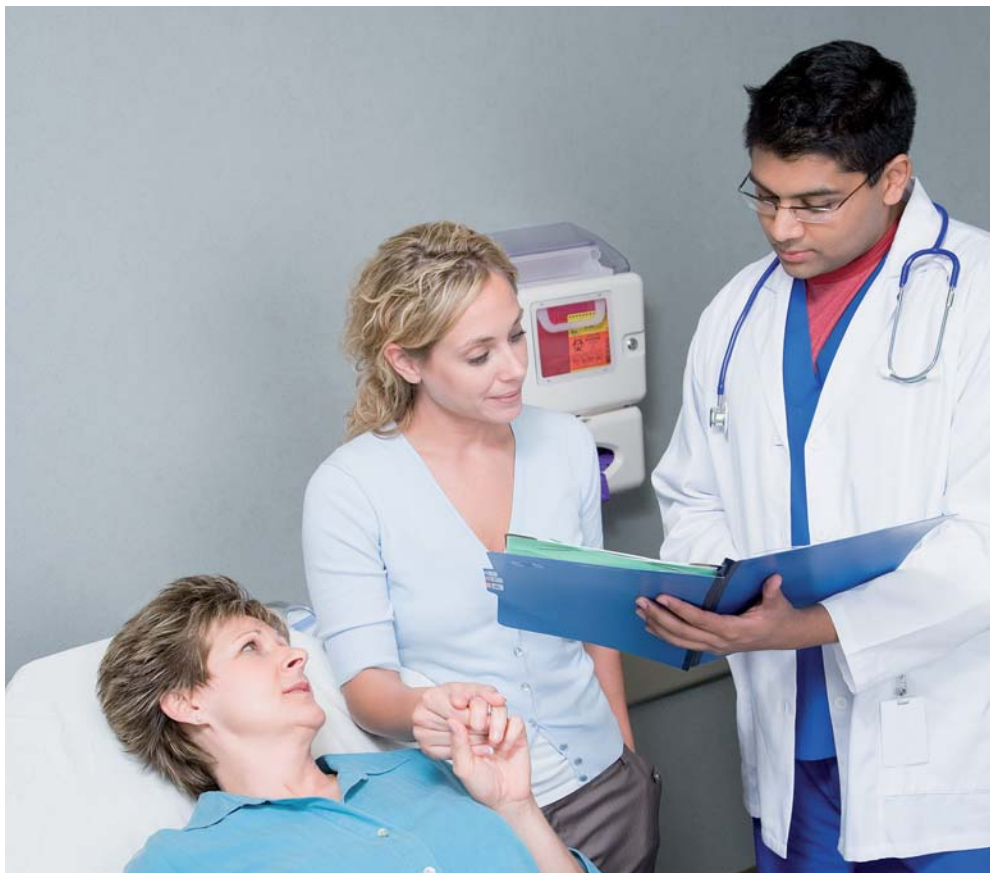
L'utilizzo della fibra ottica consente, nonostante l'esiguità dell'incisione, una perfetta definizione del campo operatorio e una più semplice identificazione dei nervi laringei e delle ghiandole paratiroidi onde evitare ai pazienti le classiche complicanze a carico della voce e del metabolismo del calcio.

La stessa tecnica è utilizzata per le patologie a carico delle paratiroidi (adenomi singoli o multipli) e i vantaggi sono sovrapponibili a quelli della tiroidectomia mininvasiva vi-

deo assistita. In aggiunta è eseguito il dosaggio intraoperatorio dell'ormone paratiroideo mediante un prelievo di sangue: tutto ciò per una certa definizione clinica e terapeutica della patologia.

Tutti i pazienti sottoposti a tali tecniche sono studiati prima dell'intervento e seguiti nel post-operatorio presso un ambulatorio dedicato di endocrino chirurgia, gestito dalla stessa equipe presente in sala operatoria e affiancata da uno specialista endocrinologo. •

**Riduzione delle
complicanze,
dei tempi
di degenza,
ridotto dolore
post operatorio,
minima cicatrice**





TEMPI E MODI PER LA PUBBLICAZIONE

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.

Enpam per i medici e gli odontoiatri

Foggia, 10 ottobre, Auditorium V. Lanza, Via V. Acquaviva 48

Ernesto Del Sordo (vice direttore generale e direttore del Dipartimento della previdenza dell'Enpam): La previdenza degli Enti privati nel sistema generale.

Pasquale Pracella (presidente della Consulta nazionale del Fondo della libera professione medica ed odontoiatrica dell'Enpam "Quota B"): La previdenza dei medici e degli odontoiatri liberi professionisti.

Vittorio Pulci (dirigente del Servizio contributi, Dipartimento della previdenza - "Quota A", "Quota B" e Fondi Speciali): L'iscrizione ai fondi di previdenza gestiti dall'Enpam, contributi e prestazioni.

Giuseppe Guarnieri (consigliere di amministrazione dell'Enpam): L'assistenza Enpam dei medici e degli odontoiatri.

Informazioni: O.M.C.e O., Via V. Acquaviva 48, 71121 Foggia, tel. 0881/ 743481-2

Ecm: attribuiti 3 crediti formativi ecm

Rischi professionali negli ambienti sanitari, sicurezza e tutela della salute dei lavoratori

Rende (Cs), 17 e 18 ottobre, aula magna, Università della Calabria

Responsabile scientifico: dott. F. Martire

Obiettivi: il corso si prefigge di offrire una adeguata informazione sui rischi connessi allo svolgimento della pratica medica e sanitaria nonché sulle corrette misure di protezione e di prevenzione da adottare

Informazioni: dott. Daniele Perrelli, J&B Srl, 0984 837852, fax 0984 830987,

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

Ecm: attribuiti 12 crediti



Agopuntura e medicina cinese

Roma, a.a. 2009-2010

Riservato: a 15 laureati in medicina e Chirurgia e Odontoiatria

Incontri mensili: organizzati nei fine settimana

Caratteristiche: il corso è realizzato secondo le direttive della F.I.S.A. (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura) che permette l'iscrizione nei registri di agopuntura dell'Ordine dei Medici; sono previste borse di studio

Informazioni: Segreteria Organizzativa Sig.ra Laura Brotzu, 06 56320525, 333 5768037, e-mail: corsi.xinshu@agopuntura.org, web site: www.agopuntura.org

Ecm: previsti accreditamenti ecm

Sapienza-Università di Roma

Rome Rehabilitation 2009

Roma, 26 e 27 novembre, aula magna Sapienza Università di Roma

Presidente: prof. Valter Santilli

Alcuni argomenti: le grandi controversie in riabilitazione, l'arto superiore dell'emiplegico; stato vegetativo; ernie discali; instabilità vertebrali; coxib e oppioidi, 2) update sclerosi multipla, 3) la comunicazione virtuosa, 4) sessione inail, ispesl

Informazioni: Segreteria Organizzativa Management srl, Viale Castrense 7, 00182 Roma, tel. 06 7020590, 06 70309842, fax 06 23328293, e-mail: info@formazione sostenibile.it

Ecm: riconosciuti crediti ecm per medici, fisioterapisti, tecnici ortopedici, terapisti occupazionali, logopedisti

Ortopedia pediatrica: l'alleanza terapeutica tra l'ortopedico e il pediatra

Torino, 31 ottobre, Villa Gualino, Via Settimo severio 63

Presidente: dott. Antonio Andreacchio

Destinatari: pediatri di libera scelta e pediatri ospedalieri

Coordinatore scientifico: dott. Matteo Paonessa

Patrocini richiesti: s.i.p. - f.i.m.p. - a.c.p.

Informazioni: Segreteria Organizzativa selene s.r.l. www.seleneweb.com; selene@seleneweb.com, tel. 011 7499601

Scuola superiore di omeopatia

Brescia, 18 ottobre

L'A.O.B., forte di un'esperienza pluriventennale, organizza il corso 2009-2010 con lo scopo di fornire una formazione completa sulla dottrina e sulla prassi delle due metodologie dell'omeopatia classica: unicismo e pluralismo

Destinatari: medici, farmacisti, biologi, veterinari, psicologi, studenti del VI anno di medicina

Informazioni e iscrizioni: tel. 338 9550846, 335 1398521

Ecm: crediti formativi richiesti per medici e farmacisti

Comunicazione efficace e public speaking

Roma, 3-4 ottobre e 14-15 novembre

La capacità di comunicare determina in gran parte i nostri risultati e la qualità delle nostre relazioni. Imparare a parlare con sicurezza ed efficacia, attirando l'attenzione degli interlocutori, crea grandi vantaggi non solo in ambito lavorativo ma in ogni tipo di rapporto umano.

Informazioni e iscrizioni: EARTH - European Agency for Relationship and Training Holistic, Piazza Mazzini 27, Roma, t/f 06 37512389, 328 6146431

Cioccolato e salute della donna

Perugia, 18-19 ottobre, Hotel Giò, Jazz Area

Presidente: Gian Carlo Di Renzo

Alcuni argomenti: cioccolato e piacere; estetica, mito del corpo e cioccolato; effetti benefici del cacao (pressione arteriosa, metabolismo glucidico, proprietà antiossidanti); antiossidanti e salute del corpo; alimentazione e cacao; cura del corpo; gravidanza; aspetti dermatologici

Informazioni: Segreteria Organizzativa MCA Events srl, Via G. Pellizza da Volpedo 4, 20149 Milano, tel. 02 34934404, fax 02 34934397



Terapie non farmacologiche nella malattia di Alzheimer e nelle altre demenze

Milano, 22 - 23 - 24 ottobre, casa di cura San Pio X, Via Nava 31

Alcuni argomenti: evidenze scientifiche a favore delle terapie non farmacologiche nelle demenze, musicoterapia, ambiente protesico nel paziente grave, programma multidimensionale: l'esperienza della Fondazione Don Gnocchi, cognitive stimulation therapy

Informazioni: Segreteria Scientifica d.ssa Fabiana Villanelli, e-mail: neuriab@dongnocchi.it, tel. 02 40308032, fax 02 40308290

Segreteria Organizzativa: Zetatur International, via Amadeo 3, Milano, tel. 02 7491361, e-mail: zt.meeting@libero.it

Ecm: richiesto accreditamento ecm per medici, psicologi, terapisti della riabilitazione e terapisti occupazionali, infermieri

Ecografia vascolare bedside, terapia intensiva e trombosi venosa profonda

Firenze, 16-10, 13-11, 11-12 2009; 08-02, 24-05, 27-09, 08-11 2010

Responsabili scientifici: prof. ssa M Boddi, d.ssa M Bonizzoli

Argomenti: introduzione teorica alla epidemiologia ed ai fattori di rischio per tvp in ti, diagnostica ecografica per tvp (20%); suddivisione in piccoli gruppi ed esercitazione pratica bedside in reparto di ti (80%).

Corso rivolto al personale medico delle terapie intensive e sub-intensive

Informazioni ed iscrizioni: e-mail: gonnellit@aou-careggi.toscana.it, tel. 055 7949534

Ecm: valevole per 15 crediti ecm

Medicina del dolore

Milano, 26 ottobre, sala convegni Polo Scientifico Renato Dulbecco, Via Gaudenzio Fantoli 16/15

Presidente: prof. Mario Tiengo

Coordinatore: prof. Renato Coluccia

Alcuni argomenti: principi generali ed aspetti clinici, metodi di valutazione del dolore, il dolore nel parto, in pediatria; nel paziente geriatrico; il trattamento del dolore acuto nel paziente cronico

Informazioni: Segreteria Scientifica: Consorzio Italbiotec, Unità di Milano, Via Gaudenzio Fantoli 16/15, 20138 Milano, tel. 02 5060598, fax 02 50309935, cell. 348 1306750, e-mail: consorzio@italbiotec.it

Segreterie Organizzative: Consorzio Italbiotec Unità di Milano e P & P S.r.l., Marco Pietri tel. 02 66103598, fax 02 66103840, cell. 347 6507318, e-mail: info@pep-congressi.it

Ecm: l'evento formativo sarà registrato al ministero della Salute come da programma di ecm

Multidisciplinarietà in terapia del dolore: algologo e dolore neuropatico

Cordovado (Pn), 16 e 17 ottobre, Villa Curtis Vadi

Responsabile scientifico: Gabriella Nadalin

Obiettivo: armonizzare la multidisciplinarietà clinica che risulta essere un cardine essenziale sia nella propria realtà operativa che nella collaborazione fra diverse unità operative

Informazioni: Segreteria Scientifica S. Liva, P. Nosella, I. Reffo, D. Toffanin, S.O.C. di Anestesia e Rianimazione, P.O. di San Vito al Tagliamento (Pn), tel. 0434 841302

Segreteria Organizzativa: De Prato Congressi, Corso del Popolo 86/D, 30172 Mestre Venezia, tel. 041 0993580, fax 041 0999913, e-mail: info@silviadeprato.it, sito web: www.silviadeprato.it

Ecm: richiesto accreditamento ecm per medico in anestesia e rianimazione, neurologia, medicina generale e infermiere professionale

Primary clinical training in cbt weight management

Verona, 14-18 ottobre, Aidap, Via Sansovino 16

Responsabile: dott. Riccardo Dalle Grave

Rivolto soprattutto a medici, dietisti, psicologi e psicoterapeuti che abbiano intenzione di acquisire il know-how più aggiornato nella cura dei disturbi del comportamento alimentare e dell'obesità.

Informazioni: Segreteria Organizzativa: Positive Press, Via Sansovino 16 Verona, tel. 045 8103932, e-mail: positivepress@tin.it

Ecm: evento in fase di accreditamento ecm



Medicina estetica

Milano, 15-17 ottobre, centro congressi Milan Marriott Hotel, Via Washington 66

Alcuni argomenti: prevenzione dell'invecchiamento generale e cutaneo, inestetismi cutanei ed anomalie di pigmentazione, i check-up in medicina estetica, laserchirurgia e laserterapia

Informazioni: Segreteria Scientifica Agorà, Associazione e centro per l'aggiornamento medico, Via Valpetrosa 3/5, 20123 Milano, tel. 02 86453780, fax 02 86453792, sito web: www.medestetica.com, e-mail: info@medestetica.com

Segreteria Organizzativa M.a.f. Servizi Srl, Div. Congressi, Centro Direzionale Piero della Francesca, Corso Svizzera 185, 10149 Torino, tel. 011 505900 r.a., fax 011 505976, e-mail: botto@mafservizi.it

Teledidattica applicata alle scienze della salute e Ict in medicina

Master attivo presso gli Atenei di: Roma, Ancona, Bari, Catania, Catanzaro, Ferrara, Genova, Milano, Napoli, Novara, Pisa per l'a.a. 2009-2010

Coordinatore nazionale: dott. Vassilios Papaspyropoulos

Obiettivi: Matam fornisce competenze specialistiche per l'utilizzo professionale delle tecnologie e metodologie didattiche per l'insegnamento ed apprendimento delle scienze della salute.

Informazioni: www.matam.it, e-mail: info@matam.it, tel. 06 44230613

Laser terapia biologica endovena

Terni, 17 ottobre, c/o Centro Servizi Sanitari, Via C. Battisti 36/C

Argomenti: fisica del laser, principi di fotobiologia, applicazioni del laser endovena in medicina interna, laser endovena in medicina sportiva, terapia fotodinamica sistemica; il Corso è a numero chiuso

Informazioni e iscrizioni: e-mail: info@laserendovena.com, cell 328 8988167, sito web: www.laserendovena.com

Congresso nazionale Società italiana di emoreologia clinica e microcircolazione

Corso teorico pratico per mmg, infermieri e tecnici di laboratorio

Fiuggi, 22-24 ottobre, Teatro Comunale

Presidente: Pierluigi Edgard Mollo

Argomenti: endotelio, microangiopatie funzionali, microangiopatie organiche, microcircolo ed emoreologia nella malattia venosa cronica, vasomotion ed emoreologia

Informazioni: Segreteria Scientifica Consiglio Direttivo SIECM

Segreteria Organizzativa: G.C. congressi, Via P. Borsieri 12, 00195 Roma, tel. 06 3729466, fax 06 37352337, e-mail: segreteria@gccongressi.it

Ecm: evento in corso di accreditamento ecm

Scuola nazionale di formazione Snamid

Ecografia internistica per mmg

Menaggio (Co), 15-18 ottobre, Grand Hotel Victoria

Il corso è teorico e pratico e specificatamente orientato alla medicina generale. Prevede due percorsi differenti a seconda che il partecipante sia privo di formazione ecografica o abbia già una formazione di base

Informazioni ed iscrizioni: tel. 338 9909889, 02 4035069, e-mail: eco@snamid.org

Ecm: richiesto accreditamento ecm

Dietologia clinica

Montegrano (Ap), 16 - 17 - 18 ottobre, 6 - 7 - 8 novembre

Direttore: dott. Antonio D'Alessandro

Alcuni argomenti: studio anamnestico generale e nutrizionale, test di comportamento alimentare, valutazione predittiva della compliance, parametri antropometrici, valutazione dello stato nutrizionale

Obiettivi: il Corso, che consta di lezioni frontali ed esercitazioni pratiche, si svolgerà all'interno di un ambulatorio dietologico con casi clinici su paziente, e si prefigge di fornire una completa formazione conoscitiva e metodologica nel campo della nutrizione umana

Informazioni: dott. Franco Fagnani, tel. 328 2864203, e-mail: formazione@assoalba.org, sito web: www.assoalba.org

Ecm: riconosciuti crediti ecm



Erwin Rommel

Ottobre e le sue storie...

*Gli uomini sono come gli animali:
i grossi mangiano i piccoli
e i piccoli li pungono.*
Voltaire, Le Sottisier

23 OTTOBRE 1942

In Egitto, a El Alamein, i soldati italiani e tedeschi devono arrendersi alle truppe di Montgomery al termine di una dura battaglia. Ai primi del mese successivo Erwin Rommel, feldmaresciallo tedesco, si vede costretto alla ritirata.

4 OTTOBRE 1964

L'Autostrada del Sole viene inaugurata a Firenze. Il progetto di creare una nuova ed efficiente rete autostradale nasce nel '56 per realizzare, tra l'altro, un rapido collegamento tra il nord ed il sud del Paese. I lavori vengono affidati alla Società autostrade del Gruppo Iri alla quale, per

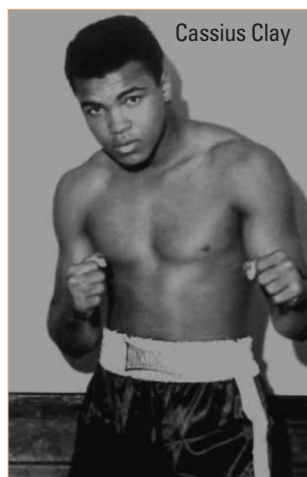
rientrare degli investimenti, veniva concesso per il periodo di gestione di raccogliere pedaggi. La realizzazione di un tale ambizioso progetto fu utile anche per incrementare il turismo, decentrare grosse industrie vicino alle autostrade e sviluppare il terziario.

8 OTTOBRE 1967

Viene ucciso in Bolivia il mitico Ernesto Che Guevara.



Ernesto Che Guevara



Cassius Clay

2 OTTOBRE 1980

Cassius Clay, che prese il nome di Muhammad Ali dopo aver aderito al movimento dei Musulmani Neri, affronta sul ring Larry Holmes. Appesantito an-

che per la mancanza di un adeguato allenamento, deve arrendersi alla decima ripresa. Sarà il suo ultimo incontro di pugilato. Complessivamente Ali è salito sul ring 61 volte ed in 56 incontri è uscito vittorioso.

6 OTTOBRE 1981

Attentato in Egitto dei fondamentalisti islamici che costa la vita al presidente Anwar al-Sadat.

3 OTTOBRE 1990

La Germania torna unita in un'unica nazione. Il successivo 2 dicembre si svolgono le elezioni politiche che registrano un trionfo per il partito del cancelliere Helmut Kohl.

7 OTTOBRE 1993

Per la prima volta una scrittrice di colore viene insignita del Nobel per la letteratura. Si tratta dell'americana Toni Morrison.



Toni Morrison

7 OTTOBRE 1985

La nave da crociera italiana "Achille Lauro" viene sequestrata da un commando palestinese al largo delle coste egiziane. Ucciso un passeggero americano.



AFFARI DI FAMIGLIA

Per un errore - sul numero 6 della rivista - abbiamo pubblicato la foto di George W. Bush al posto di quella del padre che ha effettivamente firmato, con Gorbacev, il Trattato Start.

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

Storie di medici e di medicina



I quindici saggi di Giuseppe Ongaro sull'evoluzione della medicina sono un bel l'esempio della serietà e dell'accuratezza delle sue ricerche.

Ritrovarli qui riuniti sarà certamente un piacevole esercizio formativo per lo studente e offrirà al medico praticante numerosi spunti di riflessione sulla sua professione.

I diversi argomenti, che spaziano dalla medicina greca e romana a quella medievale, dalle ricerche rinascimentali alle novità dei nostri giorni, dimostrano grande competenza storica e profondità d'indagine. Il lettore, coinvolto dalla interessante trattazione dei fatti medici, si dovrà piacevolmente confrontare con il latino, che fu usato in medicina fino al 1900, con il greco, lingua in cui ebbe origine la letteratura medica, ma anche con il francese rinascimentale e, ovviamente, con l'inglese del giorno d'oggi.

Giuseppe Ongaro

"Storie di medici e di medicina"

Il Poligrafo, Padova - pp. 313, euro 26,00



La medicina dell'ottimismo

È noto che gli atteggiamenti mentali influenzano il corpo e che la mente umana è programmata per registrare le esperienze negative e memorizzarle allo scopo di difendersene. Così l'atteggiamento negativo rischia di prevalere nel modo di pensare della gente.

Con un linguaggio chiaro per il lettore comune e utile per il medico, Toni Piz-

zecco fa il punto sui meccanismi della mente umana che, rivela, funziona immagazzinando immagini positive e negative senza distinguere tra realtà e immaginazione.

Sulla base di dodici regole precise da lui elencate e sugli esempi comportamentali che fornisce, egli insegna al lettore come si possa diventare padroni del proprio pensiero per indirizzarlo verso atteggiamenti ottimistici e acquisire prevalentemente quelle immagini positive, che gli assicurano il benessere fisico.

Toni Pizzecco

"La medicina dell'ottimismo"

Edizioni Mediterranee, Roma - pp. 161, euro 17,50

Lineamenti di biologia della parete arteriosa

Con il suo prontuario, Augusto Purcaro fa il punto sui progressi raggiunti nel campo della biologia molecolare della parete arteriosa e avvia una descrizione sistematica degli aspetti salienti della fisiologia e della fisiopatologia delle pareti vasali. Egli tratta inizialmente gli aspetti morfologici dell'arteria normale, descrivendone le caratteristiche strutturali, e le proprietà morfologico-funzionali delle cellule vascolari con particolare riferimento alle cellule endoteliali e muscolari lisce. Successivamente affronta la patogenesi delle più comuni malattie cardiovascolari dovute a cause di origine infiammatoria, dismetabolica, traumatica o tossica.

Un ampio capitolo finale è dedicato all'aterosclerosi, della quale descrive le complicanze e i meccanismi fisiopatologici causa di lesioni aterosclerotiche ed elenca i nuovi biomarkers per il riconoscimento degli individui ad alto rischio.



Augusto Purcaro

"Lineamenti di biologia della parete arteriosa"

pp. 577, www.gorilla.it

In guerra fra feriti tedeschi e alleati

Ezio Trota ha fatto una ricerca dettagliata e ricca di rare foto d'archivio sull'assistenza medica fornita dagli eserciti ai militari feriti durante la Seconda Guerra Mondiale con particolare riguardo alle operazioni del fronte occidentale della Linea Gotica. Nel far presente che entrambi gli schieramenti rispettarono, in linea di massima, le norme sui feriti e i prigionieri di guerra, l'indagine elenca le diverse componenti della Sanità militare tedesca e alleata, riferisce sui metodi di raccolta, trasporto e ricovero dei feriti, fornendo addirittura qualche esempio di scambievoli cortesie fra nemici, e dà conto dell'organizzazione degli ospedali da campo e di montagna germanici e della 5° Armata Usa.

Un capitolo intero è dedicato alla situazione ospedaliera bolognese e all'Istituto Ortopedico Rizzoli, che fu requisito prima dai tedeschi e successivamente dagli americani.

Ezio Trota

"In guerra fra feriti tedeschi e alleati"

Edizioni Il Fiorino, Modena - pp. 103, euro 10,00



Baba Bedi tra Oriente e Occidente



Il libro di Bruna Barbieri e Bruno Barnabei fa conoscere il pensiero di Baba Bedi, la cui terapia vibrazionale ingloba una vasta gamma di argomentazioni che spaziano dalla religione alla filosofia, dalla psicologia alla medicina, dalla pedagogia alla sociologia, dall'astrologia alla fisica.

La terapia vibrazionale, essenzialmente energetica, si manifesta attraverso i colori, identificati come espressione di energie fortemente coinvolgenti, che apportano un'azione evolutiva per la coscienza.

Queste energie vengono anche connesse a quelle dei pianeti per attivare le forze più profonde dell'acqua, che rappresenta il mondo delle emozioni, del fuoco, agente della trasformazione, dell'aria, donatrice del coraggio e della fede, della terra, dispensatrice della comprensione. Quest'opera si dimostra un'efficace sintesi della complessa visione spirituale e filosofica di Baba Bedi, per il quale la luce e i suoi colori guidano l'evoluzione del creato.

Bruna Barbieri, Bruno Barnabei
"Baba Bedi tra Oriente e Occidente"

Edizioni Centro Benessere Psicofisico, Moriondo Torinese
 pp. 247, euro 13,00

Mola e Castellone di Gaeta oggi Formia

La località dove Cicerone aveva la sua villa, il Formianum, pur essendo ricordata in numerose opere letterarie, in tanti diari di viaggio e pur essendo stata ripresa da molti artisti, mancava ancora di una specifica produzione bibliografica sulla sua storia e il suo patrimonio archeologico, folcloristico e iconografico. L'opera di Aldo Treglia colma questa lacuna riunendo in un unico volume una documentazione ricchissima di testimonianze e di immagini lasciateci da autori antichi e moderni. Il volume raccoglie antiche testimonianze di viaggiatori che hanno fatto il Grand Tour; citazioni tratte da antiche guide turistiche e geografiche e da vecchie storie d'Italia; le prime carte geografiche in cui figurava quel territorio; numerose pitture e stampe riproducenti le belle vedute, i colorati costumi popolari e le originalissime acconciature femminili di Mola e Castellone.



Aldo Treglia
"Mola e Castellone di Gaeta oggi Formia"

Pubblicato con il patrocinio del Comune di Formia,
 la Provincia di Latina e della Regione Lazio
atreghia@libero.it

In breve

Giovanni Ruffini

COME TI ERUDISCO IL CINNO

Ispirandosi all'opera di Oronzo E. Marginati l'autore esprime le proprie critiche sul mondo di oggi immaginando di essere interrogato dal nipotino al quale risponde bonariamente e con quel rectum iudicium degli antichi, riscontrabile ancora nel buon senso popolare, che molti vorrebbero far sparire in nome, dicono, del cambiamento e del progresso sociale.

Editografica, Rastignano, (BO) - pp. 188, euro 10,00

Gianna Milano, Mario Riccio

STORIA DI UNA MORTE OPPORTUNA

Il desiderio di Piergiorgio Welby di essere liberato dall'assoggettamento alle macchine che lo tenevano in vita e quella del dottor Riccio, che si dichiarò disponibile ad assecondarne la volontà, originarono un grande dibattito nella società e tra i mass media. Ora il diario di quell'evento, con il ricco apparato di note curato dalla Milano, fa rivivere la tensione etica e politica di quei giorni.

Sironi Editore, Milano - pp. 286, euro 18,00

Philip Jevon

TRATTAMENTO DELLE EMERGENZE E PRIMO SOCCORSO

Un manuale tascabile e di rapida consultazione che fornisce informazioni esaustive per effettuare in modo sicuro i procedimenti di primo intervento sia fuori che nell'usuale luogo di lavoro. Completamente illustrato, questo libro offre informazioni aggiornate che si basano sulle più recenti ricerche e linee guida.

Antonio Delfino editore, Roma - pp. 376, euro 18,00

Iulius PadrePadrone

FESTA DEL PAPA'

Tematiche attuali e scabrose sviluppate in un testo intrigante, quasi esoterico, ricco di frasi in greco, latino, francese, inglese, di citazioni tratte dalla Bibbia, dai maggiori poeti e dai più noti cantautori. Una lettura quasi multimediale, in quanto l'autore consiglia, nei passi indicati, di interromperla per ascoltare i brani musicali del CD di cui il libro è fornito.

Pubblicato in proprio

irideallevigne@libero.it - pp. 703, euro 19,50

Vincenzo Caruso

PREMIO NATALE, CITTÀ DI TREMESTIERI ETNEO

L'importante concorso nazionale di poesia (con un'apposita sezione riservata ai medici), di grafica e di musica di Tremestieri Etneo, patrocinato dal Comune, dalla Provincia e dall'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Catania è giunto alla sua ventesima edizione. La pubblicazione del quaderno antologico dà conto dell'alto livello della manifestazione e del prestigio raggiunto a livello nazionale.

www.premiopoesianatale.it - pp. 61

Si ringrazia per le autorevoli cure



L'arguto titolo del libro già denota per sé la peculiare caratteristica dell'Autore, brillante giornalista de *Il Giornale*, la cui penna sembra essersi da sempre innamorata dei medici e della Medicina. Non tanto per decantarne i protagonisti e le imprese, quanto per meglio comprenderne l'essenza intima (come si dovrebbe fare con chiunque si ama), senza tuttavia rinunciare a una saggia dose di serena critica e benevola ironia. Autore di un numero invidiabile di pubblicazioni, Lorenzetto dimostra anche questa volta grande dimestichezza con il mondo e i problemi della Medicina intervistando ben ventitré tra alcuni noti medici della Penisola, e scavando nella loro esperienza professionale anche nell'ottica più ampia della Sanità mondiale. Ne risulta un quadro quanto mai palpitante, spesso inedito ma sempre veritiero, delle tante problematiche che interessano anche il cittadino: dall'assistenza pubblica alla ricerca di base, dalle cure ufficiali a quelle eterodosse, dai grandi ricercatori e dagli sconosciuti "angeli in camice bianco" agli ubiquitari e intramontabili "baroni". Dai serrati colloqui con gli intervistati, folgorati dalle domande esplicite, taglienti, spesso scomode ma mai impertinenti sparate a raffica da un giornalista di razza come Lorenzetto, emergono luci ombre (e magagne) di fatti, eventi, personaggi, che coinvolgono il lettore dalla prima all'ultima pagina. Una ghiotta occasione da non perdere, un'articolo originale inchiesta che tra realtà e ironia riesce a insegnare molte cose. (Luciano Sterpellone)

Stefano Lorenzetto

"Si ringrazia per le autorevoli cure"

Venezia, Marsilio Editore - pp. 300, euro 18,00

La Malattia di Alzheimer

Più che una guida clinica sulla malattia di Alzheimer, le cui caratteristiche sono d'altronde di acquisizione comune anche per i non specialisti, questo agile e scorrevole libro di Pellegrino – brillante psichiatra salernitano – è un'inesauribile fonte di indicazioni per affrontare nel modo più razionale i problemi di ordine eminentemente psicologico e comportamentale relativi alla complessa gestione della malattia e alla non meno ardua relazione con il paziente e i suoi *caregivers*. Ne risulta in tal modo evidente e privilegiato il rapporto non tanto clinico e professionale quanto psicologico e "umano" con il paziente e il suo ambiente, elemento essenziale e irrinunciabile per il controllo della malattia. Le tematiche centrali del libro sono essenzialmente tre: l'arte di comunicare, la comunicazione della diagnosi (certamente il



lato più scabroso), i problemi culturali e organizzativi relativi allo stesso medico curante. Il tutto arricchito da una quarta parte in cui molto originalmente l'Autore elargisce notizie e preziosi consigli dettati da esperienze di vita con una selezionata casistica personale. (L.Ster)

Ferdinando Pellegrino

"La Malattia di Alzheimer"

Roma, Carocci Faber - pp. 140, euro 12,50

La svolta



Il "Laboratorio Privacy Sviluppo", nato nel 2006 presso il Garante per la Protezione dei Dati Personali, si occupa d'una riqualificazione del concetto di "Privacy": intesa anche in senso attivo e propositivo, come realizzazione della personalità del "Cives". Il libro-manifesto del Laboratorio è "La svolta", curato dall'avvocato Giuseppe Fortunato, coordinatore del Laboratorio stesso. Al testo prima ancora che uscisse nelle librerie erano già state dedicate undici tesi di laurea. Un libro edito da Aracne, casa sempre molto attenta a tutto quel che riguarda l'innovazione; e dove l'Autore, in fondo, è il lettore stesso che scrive, imparando dalle esperienze di persone vincenti, e dalle vite di grandi personaggi. "Faremo periodiche edizioni de "La svolta" – ha precisato Fortunato - aperte al contributo di tutti i lettori: in pratica, un cantiere del rinnovamento individuale e civile, una sorta di "Manifesto in progress" del Laboratorio Privacy Sviluppo". (F.Fed)

Giuseppe Fortunato

"La svolta. Dal desiderio alla realtà"

Roma, Aracne editrice - pp. 500, euro 94,00

Nella buona e nella cattiva sorte

Le storie d'amore si assomigliano. Le accomuna la volontà di stare insieme da parte di chi è coinvolto nel sentimento amoroso. L'amore è coppia, binomio e si contrappone al vivere per se stessi, con i pugni chiusi. Questa è una vicenda che parla di mani aperte, protese all'accettazione dell'altro così com'è, ricercandone gli aspetti edificanti a scapito di quelli demolitori. Ha l'intento di essere un sms rivolto a tutti coloro che credono in una vita all'insegna dell'ottimismo e del sorriso, riuscendo sempre ad avvistare il faro che rischiari le notti senza luna e senza stelle, il faro dell'amore.



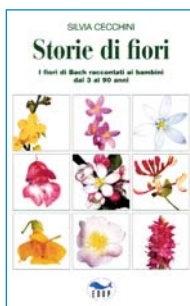
Antonella Vandelli

"Nella buona e nella cattiva sorte"

Matarrese editore - pp. 96, euro 10,00

Storie di fiori. I fiori di Bach raccontati ai bambini dai 3 ai 90 anni

Silvia Cecchini, medico olistico, prescrive i fiori di Bach usando le indicazioni della sua guida interiore o testandoli sul ritmo cranio-sacrale della persona. “Quando dovevo spiegare i fiori a bambini e adolescenti – spiega l’autrice – non arrivavo a trovare le parole che mi soddisfacevano completamente. E, quindi, ci viaggiavo sopra, e gli raccontavo una storia”. “Storie di fiori” è una raccolta di fiabe “moderne” dedicata interamente alle proprietà e alle virtù dei fiori di Bach, un libro originale in cui l’autrice, immergendosi nella quotidianità ci fa capire di volta in volta i contesti umorali dentro cui applicare la forza curativa dei diversi fiori.



Silvia Cecchini

“Storie di fiori. I fiori di Bach raccontati ai bambini dai 3 ai 90 anni”

Roma, Edup edizioni - pp. 160, euro 8,00

Corri cammello pazzo

Una presenza inquietante, un delitto, una vita fino ad allora normale che cambia improvvisamente. Un medico non più giovane, dal passato dissoluto e gaudente che, perseguitato da una donna misteriosa, si ritrova solo, abbandonato dalla moglie che non lo perdona. Mario Schioppa, giunto con questo romanzo alla sua terza fatica letteraria, presenta il racconto appassionante di un’esistenza sospesa tra memoria e futuro. Il percorso di espiazione di un uomo che alla fine ritrova se stesso prima in carcere, poi in un mondo sconosciuto e lontano, ma pieno di fascino e di mistero.

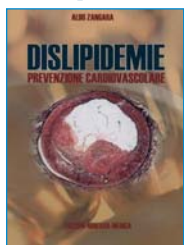


Mario Schioppa

“Corri cammello pazzo”

Napoli, Marotta & Cafiero editori - pp. 56, euro 8,00

Dislipidemie. Prevenzione Cardiovascolare



Le dislipidemie, spesso riscontrabili anche nei giovani, sono importanti fattori di rischio di cardiovasculopatie aterosclerotiche. Questo volume intende fornire in modo chiaro, sintetico, ma nello stesso tempo esaustivo, le nozioni necessarie per un aggiornamento su questo complesso e importante argomento allo

scopo di utilizzare nel migliore dei modi le tante informazioni che frequentemente vengono diffuse dalla letteratura specialistica. “Un medico correttamente informato non solo cura meglio i propri pazienti – riporta Aldo Zangara

nella prefazione – ma anche li educa” proponendo loro uno stile di vita corretto, un costante impiego dei farmaci e una regolare assiduità dei controlli. In pratica un’autocura consapevole e, ancora meglio, una prevenzione efficace.

Aldo Zangara

“Dislipidemie. Prevenzione Cardiovascolare”

Torino, Edizioni Minerva Medica - pp. 144

Lo spirito del tempo fra musical e manga

“I versi di Massimo Pacetti contengono e superano i caratteri della Post-modernità per rappresentare uno scenario magmatico e di crisi identitaria dell’essere umano. Dell’autore si coglie l’immanente senso del tragico ma, soprattutto, l’ironia sociale, il giudizio grave di una percepita anormalità di questo tempo, perso nella ricerca di cose vane” afferma Deborah D’Agostino, direttore della “Collana Attualista” delle Edizioni Artescrittura, nella presentazione del volume. Una raccolta di poesie che esplora la società edonistica contemporanea, in cui la bellezza, ormai merce a disposizione dei potenti, utilizzata nell’immagine ogni giorno, trasforma il mondo, quasi in un gioco dell’assurdo, in un posto più brutto, dove tutto è oggetto di consumo, dove tutto è in vendita, anche e soprattutto il corpo di uomini e donne ridotti a pezzi di carne senza voce.



Massimo Pacetti

“Lo spirito del tempo fra musical e manga”

Roma, Edizione Artescrittura - pp. 98, euro 13,00

La fattoria delle ultime case

Il primo tenero e non dichiarato amore di un adolescente per una sua coetanea, la scoperta della natura, l’amicizia leale, la profonda intesa con la propria comunità: “La fattoria delle ultime case” è un romanzo che ha la forza delle cose semplici. Mentre si avvicinano alla casa delle sue origini, un padre racconta al figlio la sua giovinezza che si è svolta in un tipico paese toscano, in una campagna che oggi non esiste più, intrisa di buoni segreti e di saggezze antiche. Insieme a Vittorio, protagonista della vicenda, di pari passo con le sue ansie e il suo diventare adulto, scopriremo i misteri della Collina degli spiriti e la meschinità della truffa di un sagrestano ai danni della sua chiesa. E anche quanto possa essere grande e generosa l’amicizia dei più deboli, e quanto fascino portino con sé i libri scoperti per la prima volta, e l’incertezza, l’assurdità e l’infinita bellezza della vita.



Valerio Verdiani

“La fattoria delle ultime case”

Orbetello, Editrice Effequ - pp. 176, euro 11,00

Roma

Esposti anonimi

Sempre più spesso pervengono presso l'Ordine segnalazioni anonime che attengono alla pubblicità sanitaria effettuata in violazione della legge 175/1992 e succ. mod. ed integr., o in merito a comportamenti tenuti da medici-chirurghi e odontoiatri, ovvero anche per denunciare la presenza abusiva di persone non legittimate all'esercizio della professione medica/odontoiatrica presso studi o centri. L'ordine, in esecuzione della norma istitutiva, è tenuto a dare seguito ad ogni segnalazione, ancorchè anonima. Pertanto, a volte può capitare che siano già stati effettuati gli accertamenti di competenza (richiesta di intervento ai NAS e alla ASL territorialmente competente, istanza di chiarimento ai direttori sanitari, ecc...), di cui però non possono essere informati coloro che anonimamente hanno provveduto alla segnalazione e che lamentano una presunta inerzia dell'Ordine. Ciò posto, si invitano coloro che intendono attivare procedure istruttorie ordinistiche, a comunicare altresì i recapiti personali, in modo tale da poter permettere non solo all'Ordine di completare l'iter istruttorio, ma anche di rendere conoscibile l'attività che gli uffici preposti svolgono diligentemente nel rispetto della tempestiva imposta dalla legge 241/1990. Inoltre è sempre garantito l'anonimato degli esponenti, fatto salvo quanto previsto in ordine ad eventuali richieste della Magistratura ed alla trasparenza degli atti amministrativi a cui ogni Ente pubblico è soggetto.



Lucca

Odontoiatria pro L'Aquila. Costituito il Comitato

I quattro presidenti delle CAO della Regione Abruzzo hanno formalmente costituito, l'11 aprile 2009, il comitato denominato: "Odontoiatria pro terremoto L'Aquila 2009". Il comitato è un'associazione privatistica che non persegue scopi di lucro ed è costituito allo scopo di raccogliere e distribuire fondi al fine di devolverli e destinarli a favore degli odontoiatri, delle loro famiglie e dell'



odontoiatria, colpiti dal sisma dell'aprile 2009. Il presidente del comitato è il dottor Luigi Di Fabio, presidente della CAO del L'Aquila, il vice presidente è il dottor Rocco Del Conte presidente della CAO di Chieti, il tesoriere è la dottoressa Albina Latini presidente della CAO di Teramo ed il segretario è il dottor Giovanni Del Fra presidente della CAO di Pescara. La scelta di costituire il comitato permette di rendere facile e soprattutto immediata la raccolta di offerte e di fondi a favore degli odontoiatri abruzzesi così duramente provati dalle tragiche vicende di questi giorni. Chi fosse interessato a devolvere fondi può farlo intestando le donazioni al seguente indirizzo: Comitato Odontoiatria pro terremoto L'Aquila c/c 0721-000155858 Iban: IT07D0604040440000000155858 presso la filiale: 40440 - Avezzano, sede della banca: 06040 Cassa Risparmio provincia dell'Aquila.

Perugia

Consenso informato. Nuovo orientamento della Cassazione

L'assenza di consenso, in mancanza di esplicito rifiuto, quando l'intervento ha prodotto un beneficio per la salute del paziente non fa incorrere il medico in responsabilità penale. Ove il medico sottoponga il paziente ad un trattamento chirurgico diverso da quello in relazione al quale era stato prestato consenso informato, e tale intervento, eseguito nel rispetto dei protocolli e delle leges artis, sia concluso con esito fausto, nel senso che dall'intervento stesso è derivato un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute, in riferimento, anche alle eventuali alternative apprezzabili, e senza che vi fossero indicazioni contrarie da parte del paziente medesimo, tale condotta è priva di rilevanza penale, tanto sotto il profilo delle lesioni personali quanto sotto quello della violenza privata.

Quella del medico è una professione di "pubblica necessità" ed è per questo che tale attività non ha bisogno, per legittimarsi, di una scriminante tipizzata quale il consenso del paziente al trattamento che escluda l'antigiuridicità di condotte strumentali al trattamento medico, anche se attuate secondo le regole.



Attacchi di panico, patologia insidiosa

di Maurizio Zomparelli (*)

Un attacco di panico, secondo il DSM IV, è caratterizzato da somatizzazioni varie, come palpitazioni, cardiopalmo, dolore toracico, agorafobia, asfissia, mancanza di equilibrio, tremore, parestesie varie, paura di morire o meglio sensazione di morte immediata, viene generato o mascherato da patologie psichiatriche come la depressione, il disturbo post-traumatico da stress, il disturbo ossessivo-compulsivo, l'ansia reattiva e quella generalizzata, la fobia sociale, un corollario eziologico, vasto e complesso da identificare e curare.

L'anamnesi raccolta in questi pazienti narra di situazioni conflittuali ambientali lavorative o nell'ambito familiare o nella sfera affettiva o nei rapporti interpersonali sociali. In genere esiste un aumento dello stress, inizialmente non considerato dai soggetti colpiti, una sorta di minimalizzazione delle problematiche ed una esplicita volontà a non stimarne l'importanza e la conoscenza delle stesse.

Il perpetuarsi dello stress e delle situazioni che lo alimentano generano il primo episodio di attacco di panico, che coglie impre-



parato chi ne viene colpito, lo stupor ed il trauma è il *primum movens* dell'attivazione di sistemi ripetitivi che rappresentano la matrice comportamentale degli stessi fenomeni, una sorta di rituale prevedibile e perpetuabile.

Una graduale perdita della percezione reattiva comportamentale, attivata da una superficialità cognitiva di se stessi è alla base della esposizione dei soggetti colpiti da questa patologia, il risultato è e consiste nella sorpresa alla reazione ad eventi esterni ed imprevisti della vita, molto frequenti ai giorni d'oggi, grazie ai continui cambiamenti ambientali sia del lavoro, che del costume sociale.

Quali sono le armi dello psichiatra o dello psicote-

rapeuta per affrontare con successo questa patologia insidiosa, dal costo sociale e lavorativo sempre più crescente?

La prima è quella della ristrutturazione cognitiva attraverso un vero e proprio allenamento a riconoscere l'io, attraverso il proprio comportamento, all'osservazione di se stessi e della propria reattività, alla conoscenza del proprio condizionamento ed alla ricostruzione e modificazione dei propri schemi culturali e comportamentali, quindi, la successiva apertura a nuove conoscenze di se stessi ed alla capacità di ampliare il nostro microcosmo comportamentale, oramai codificato e prevedibile, verso quello più universale dell'adattamento espo-

nenziale alla conoscenza e capacità di modellarsi ai nuovi eventi.

La seconda è quella di attuare tecniche di rilassamento come quella della respirazione addominale frazionata, alla capacità di controllare i sintomi del panico attraverso il controllo del sistema respiratorio e di quello emotivo, alla risoluzione della rigidità muscolare o del tremor.

Quando si ottiene una stabilizzazione di queste due fasi di recupero, si inizia la terza fase, quella di esporre il paziente al controllo delle situazioni che lo angosciano, in particolare ai soggetti che manifestano agorafobia, fobia sociale, ansia sociale e reattiva a cause ambientali o lavorative. Questa fase se ben controllata permette un rapido recupero delle proprie capacità reattive a riconoscere il problema e quindi ad evitarne l'ansia anticipatoria, preambolo all'attacco di panico. Per il successo di queste tre fasi è indispensabile anche il coinvolgimento dei familiari dei soggetti colpiti, spesso causa delle distorsioni o dei disturbi del comportamento dei pazienti stessi. •

(*) *Dirigente Medico della Clinica Addominale EUR di Roma*
Docente della Società medica italiana di psicoterapia Dir. Riccardo Arone di Bertolino

L'uomo nero sulle autostrade del Web

di Mauro Miserendino

È quasi buio. Ci troviamo in una città sconosciuta, dalle vetrine illuminate. Teniamo stretta la borsa perché ci è stato detto che si aggirano molti delinquenti. Ci viene incontro un bambino che guarda le merci dietro i vetri. Mentre osserva un signore

losco, seminascosto da cappello e impermeabile, lo avvicina, gli dice che c'è un luna park ancora più luminoso. Lo fa salire in macchina e lo porta via. Se questa scena si verificasse di fronte ai nostri occhi, il losco signore non farebbe molta strada: chiameremmo il 113 e almeno dovrebbe spiegare delle cose. Ma purtroppo è una metafora. Le strade sono quelle di Internet, i loschi signori sono tanti e non li vediamo, i bambini di fronte alle vetrine però potrebbero essere i nostri figli che girano in cerca di trasgressioni a nostra insaputa. Non è così raro. Il 91 per cento dei minori di 18 anni naviga in rete. Il 27 per cento usa le chat per dialogare con altri ragazzi da lontano, in tempo reale. Dei patiti del dialogo in diretta, otto su dieci comunicano senza l'aiuto o la supervisione di un genitore. Anche in conseguenza di ciò il 10 per cento dei minorenni ammette di avere avuto "relazioni pericolose" sul Web. Sono dati della polizia giudiziaria. Li snocciola Alberto Pellai, psicologo dell'Università di Milano e psicoterapeuta, esperto di problemi dell'infanzia. Per anni ha trattato e scritto libri sul bullismo e l'abuso. Ora però parla alla platea di un Centro convegni di Erba, a genitori ed educatori, ed avverte: è anche tempo di dedicarsi alle insidie della telematica; ad esempio, di ascoltare con attenzione la storia di quella figlia di una sua amica che, in quinta elementare, chattando da casa con la "cuginetta", veniva invitata a un party, ma alla fine non ci andava perché in quel-

l'istante la sua cuginetta vera ha bussato. Chi era in linea al posto di quella bambina, ce lo dice ancora una volta la polizia postale: 205 arresti per pedofilia on line e 4007 denunce fino a tutto settembre 2008; 3949 perquisizioni; 273 mila siti Internet perquisiti, e di questi 10 mila con materiale pedopornografico. Dunque, dall'altra parte c'era un adulto in cerca di "prede". E da questa, fortunatamente, una bambina che parlava con i genitori. Ma il 75 per cento dei ragazzi non lo fa, tiene il segreto. Perché?

Perché Internet è una brutta bestia. È un mezzo di dialogo, di scambio di idee, intanto. E poi aiuta a trasgredire. Due cose diverse che però sono fatte per i giovani. Partiamo dal dialogo, dalle scolaresche che vanno in gita e sul pullman non cantano più ma si mandano i messaggi sms con il telefonino. Salvo poi non parlarsi il giorno dopo, far finta di non conoscersi. Succede anche questo... La doccia fredda, invece, la scoperta casuale che mette in allarme, capita a partire dalla quarta-quinta elementare, quando i bambini iniziano ad usare la rete per fare le ricerche. "Su Internet non ci sono fasce protette", spiega il professionista delle nuove Tecnologie di Comunicazione Alberto Clerici. "Certo, ci sono programmi 'click-sicuro' da dove i genitori possono scaricare filtri per proteggersi dalla possibilità che i figli vadano dove non devono". Ma l'avvertenza serve a poco con le chat, dove si annidano spie, un po' come i 'cavalli di Troia', i software-spia che ci controllano durante il collegamento per tracciare i siti che visitiamo e consentire ad aziende o pseudo-tali di farci pervenire in genere proposte di marketing. La chat aggancia il bambino in modo naturale. Un compagno di scuola annuncia che c'è un canale riservato, dove ci si può parlare senza parlare, traducendo i pensieri sulla tastiera.

"In teoria si dovrebbe dialogare tra ragazzi - dice Clerici -. Ma anche qui ci può essere l'intruso; dopo pochi convenevoli chiede quanti anni ha il bambino o dove abita, a che piano, in che scuola va, quando esce. Certo, uno scenario



**Su Internet non ci sono fasce protette.
I programmi 'click-sicuro'
servono a poco con le chat**



‘estremo’. Ma dovremmo avvertire per tempo i nostri figli, dirgli di non fornire mai i loro e i nostri dati, di non accettare contatti personali. Ciò significa condividere con loro le esperienze in Rete. Non basta conoscere i trucchi per controllare, tornati dal lavoro, che strada ha percorso il nostro figliolo utilizzando il tasto ‘cronologia’. Bisogna mettersi in gioco, condividere quel computer, non chiudere la tecnologia nella stanza del figlio ma collocarla in un posto dove la usano anche i grandi. Questi ultimi devono per primi imparare a conoscere le nuove tecnologie; in pratica è bene prendano la ‘patente di navigazione’ insieme ai loro figli prima di mettersi sulle strade virtuali con gli stessi pericoli delle strade reali”.

L’invito a dialogare prima della doccia fredda diventa oro colato nelle questioni di sesso. Il tempo della trasgressione può esordire molto prima dei primi impulsi sessuali, per discorsi fatti a scuola. “È sera. Vostro figlio vi aspetta a casa da solo. Digita un indirizzo, sbaglia una consonan-

Bisogna mettersi in gioco, condividere quel computer, non chiudere la tecnologia nella stanza del figlio ma collocarla in un posto dove la usano anche i grandi

te e ancora una volta... il gatto e la volpe della rete sono in agguato, stavolta magari non sono interessati ad arpionare bambini, ma solo ad avere tanti click e tanta merce da distribuire, in questo caso pornografica. Il ragazzino entra così nella stanza segreta degli adulti, vede messaggi che lo eccitano, capisce di trasgredire e quando voi rientrate spegne il computer. In genere non vi parla, ma la sera dopo rientra in quel sito, ne diventa utilizzatore abituale”. Stavolta il pericolo non è l’‘uomo nero’, ma la conseguenza sull’educazione, in particolare su quell’educazione sessuale che la scuola non fa e il Parlamento non produce (ha elaborato e dimenticato almeno 20 proposte di legge). Un’educazione che forse manca soprattutto ai maschi. Rivela Pellai: “Il 95 per cento delle femmine arriva al menarca avendone parlato con la madre; il 95 per cento dei maschi arriva alla prima eiaculazione senza aver parlato con nessuno. Sono individui che si vergognano a parlare di sessualità, e combattono quei discorsi che poco capiscono ma che li riguardano tremendamente con sorrisi di spavalderia e scherno, o mostrando alle povere compagne le fotografie inviate sul telefonino da ragazzi più grandi. Il paradosso è che mentre i nostri padri in genere non volevano parlarci di sesso, noi vorremmo ma i nostri figli hanno già chi gliene parla, disordinatamente, senza educare ma in genere divertendo”.

A questo punto dobbiamo correre ai ripari. Da una parte prendendo atto che la porta che i nostri genitori ci tenevano chiusa, qui è spalancata e bisogna parlare di sesso e sessualità con i figli, restando noi stessi, dando risposte prudenti, ma senza omettere nulla. Dall’altra imparando a gestire la trasgressione dei nostri ‘cercatori di sensazione’, perché tali sono tutti i figli quando – tra i 10 e i 14 anni – si staccano dal mondo dei genitori.

“Bene o male – spiega Pellai – noi abbiamo imparato a guadagnarci il giornalino ‘piccante’, prima ammoniticchiando i soldi, poi inventando una scusa per il papà e un’altra per il giornalaio. E dopo che la fatica era stata premiata riprovavamo a distanza di mesi. Ciò che conquistavamo aveva un valore commisurato ai nostri timori e a quelli delle nostre compagne. A sua volta, ciò oggi ha per noi un valore che dovremmo trasmettere ai nostri figli in cerca di sensazioni, insegnando loro che tv e computer hanno degli orari, che dietro un divieto ‘per il bene di’ non c’è un paese dei balocchi nascosto ma solo il pericolo di un vuoto”. •

Le (in)finite possibilità dell'innamorato virtuale

di Antonio Gulli

La rapidissima diffusione di Internet e la rilevanza che questo “mondo parallelo” sta avendo nella vita delle persone – rappresentando una vera e propria rivoluzione in tutti gli ambiti della quotidianità, sia pubblica che privata – suggerisce l’ipotesi di essere in presenza di un vero e proprio salto evolutivo nel

modo in cui l’uomo intrattiene un rapporto con se stesso attraverso il mondo. È un’innovazione che ha inciso nel nostro modo di vivere – e continuerà a trasformarci sempre più – che può essere paragonata alla diffusione della corrente elettrica nelle case. Se il pianeta non è rimasto più lo stesso dopo l’avvento “dell’interruttore”, ogni ambito della nostra esistenza non può più considerarsi tale – si pensi alla salute, al lavoro, agli affetti o al semplice incontro con gli altri – con la possibilità, attraverso un click, di curarsi, lavorare, innamorarsi o, più semplicemente, sentirsi meno soli. In sostanza Internet ha cambiato pelle all’umanità riuscendo a cambiare ognuno di noi. Immaginiamo che ogni computer fosse segnalato da una lampadina colorata e, ora, di poter sorvolare la terra di notte: lo spettacolo cui assisteremmo sarebbe senza dubbio fantasmagorico. Milioni e milioni di luci colorate che si rincorrono per tutto il pianeta accendendosi e spegnendosi senza posa. Milioni e milioni di persone che – per le ragioni più disparate – entrano ed escono dal Word Wide Web offrendo fisicità a ciò che materiale non è. Questa nuova “realtà” ha colonizzato la mente e il cuore modificando – per qualità e intensità – ognuno di noi. La mente, avendo favorito in essa una nuova percezione di libertà; il cuore, per aver abbattuto “lo spazio e il tempo” che può distanziarci dal nostro desiderato interlocutore. Sembra passato chissà quanto tempo da quando questo International Network – in una parola Internet – si è impossessato delle nostre quotidianità. E in effetti, dalla na-



scita di Arpanet – un sistema in grado di collegare i computer tra loro mediante telefono senza dover necessariamente passare per un “collegamento dedicato” – sono passati quasi cinquant’anni.

Erano gli anni Sessanta quando questo sistema cominciava a

funzionare permettendo a un

certo numero di macchine di “interagire” tra loro. Oggi, con il sistema PPP (Point to Point Protocol) siamo in presenza di un protocollo che si potrebbe definire di “democrazia informatica”. Attualmente, la possibilità di essere su Internet non si lega più nemmeno al luogo in cui ci troviamo: il popolo delle cosiddette “pennette”, ovvero la chiavetta che ci permette di navigare attraverso un portatile in qualsiasi luogo, è in forte espansione. Ma al di là dei dati storici riferibili all’inverarsi di questa “realtà parallela”, quello su cui è forse più interessante soffermarci è la mutazione antropologica che ne è seguita.

Il cyberspazio è l’immenso; è il non misurato né misurabile. Lo possiamo definire la placenta universale in cui fluttuano gli uomini del nuovo tempo. Si potrebbe dire che, come siamo passati dall’*homo erectus* all’*homo habilis*; da quello faber all’*homo sapiens*, oggi si è affermato un altro tipo di umano: il *cybernauta*. Ovvero, l’uomo della “realtà virtuale”. Ma quanto virtuale? Se con la televisione abbiamo guadagnato un senso del reale del tutto nuovo, con Internet siamo in presenza di una vera e propria “terza realtà”. Se la prima è possibile individuarla in ciò che la realtà è “in sé e per sé”, ineffabile e immanente nelle nostre vite; e se la seconda è quella che noi riusciamo a inter-

pretare, così come viene percepita in base a ciò che noi siamo in relazione ai nostri vissuti e alle esperienze che si vivono; con Internet la realtà diventa quella che noi costruiamo seguendo un immaginario e un desiderato che trova pochi ostacoli nell'affermarsi. Si potrebbe dire – malignamente – che siamo in presenza di un tipo di umanoide con “milioni di paia di scarpe ma senza piede”? Di un tipo di umanoide che si realizza tutto nell'essererci a scapito dell'essere? Non c'è dubbio che il “navigare intensamente” possa incidere in profondità sulle attività cerebrali e sulle loro forme, sulla capacità o sull'interesse a tener vivo e a seguire il vincolo logico della razionalità sia formale che sostanziale. In altre parole che ci si può mettere in gioco le coordinate mentali fondamentali. Ma questi sono i rischi. Il cattivo uso dello strumento e delle possibilità che a questo si legano è più materia che si riferisce alla mancanza di una vera e propria educazione al mezzo. Fatto sta che oggi come gettiamo l'occhio sull'orologio da polso che ogni mattina vestiamo per regolare ciò che dobbiamo fare, così accendiamo il computer per sapere cosa è successo nel mondo, cosa dobbiamo dire, dove dobbiamo andare e, non in ultimo, sapere chi ci ha pensato. Ovvero, se quel “messaggio in bottiglia” – essendoci collegati la sera prima in uno di quei centinaia di siti che promettono l'incontro con l'“anima gemella” – ha trovato occhi attenti e un cuore disponibile. Solo in Italia questi siti sono decine e solo per approssimazione possiamo accostarli alle vecchie “agenzie matrimoniali”. Qui il rapporto è diretto; si leggono le presunte caratteristiche dell'altro e le poche e scarse righe di ciò che l'altro desidera e via. Via in chat. Dalla “stanza



La seduzione delle molteplici possibilità può farci svalutare il “reale” già trovato

Sul palcoscenico della vita virtuale le parole e le espressioni emotive spesso riescono a trasmettere addirittura l'immagine della persona

pubblica”, se l'incontro risulta interessante, si passa a quella “privata”, in modo che altri non possano leggere e intervenire. Ed ecco che ci si ritrova – come in un salotto – a parlare di sé, della propria quotidianità, dei propri sogni e di ciò a cui aspiriamo. Lagnanze e soddisfazioni si rincorrono. Del resto è facile parlare con una persona che non si guarda in faccia. Questo potrà costituire un problema, ma solo dopo. Per il momento sul palcoscenico della vita virtuale le parole e le espressioni emotive spesso riescono a trasmettere addirittura l'immagine della persona, i suoi occhi, il suo profumo, il suo modo di ridere. In sostanza tutto il potere del chatter è dato dalle parole. Da qui l'idea che le chat – per la mancanza di una reale fisicità – rispecchiano una natura tutta femminile (Cfr., Troiano – Petrone, 2001). Dalla chat, alle e-mail; dalla telefonata all'incontro reale. Ma l'esperienza condotta dal soggetto non si esaurisce con l'incontro. Il reale è sempre qualcosa che aggiunge qualcosa. Nel bene o nel male, esso è sempre – al contempo – qualcosa di più e di meno. Ma in tanti casi le cose vanno bene: oramai tanti altari o municipi hanno istituzionalizzato coppie che si sono conosciute tramite Internet. Ma un'altra forma di esperienza ha guadagnato il senso del reale: e questa è la “possibilità”. Ovvero, l'impressione di avere sempre a portata di mano un'altra opportunità. Nel mondo fantastico di Internet tutto è possibile e immaginabile e soprattutto è pensabile come attuale. Mentre si esplora l'altro sconosciuto, un segnale ci informa che altri interlocutori bussano alla nostra porta. In questo caleidoscopio di nuove possibilità il sogno si accende e si spegne. Il “principe azzurro” o la “principessa di marzapane” possono celarsi proprio dietro quel segnale. Il reale è sempre il reale: richiede sempre un adattamento. Il sognare o lo sperare, al contrario, non ha confini. Dietro quel segnale ci potrebbe essere proprio quel lui o quella lei più “reale di quel reale” che stiamo scoprendo. Cliccare o non cliccare per andare a vedere – a questo punto – diventa il vero problema. La seduzione delle molteplici possibilità può portarci continuamente “altrove”; ci può afferrare, imbrigliando la mente in un gioco svalutativo circa il “reale” già trovato. Anche qui – come nella realtà vera – o prima o dopo ci si dovrà accontentare, pensando che tutto ciò che è possibile può non essere realizzato. Rimanere solo un sogno. •

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

LE ARTI A FIRENZE TRA GOTICO E RINASCIMENTO

AOSTA – fino al 1° novembre 2009
Affascinante percorso espositivo che documenta il periodo di passaggio dall'arte gotica a quella rinascimentale tra la fine del Trecento e i primi anni del Quattrocento.

MAR – Museo archeologico regionale
telefono: 0165 31572 – 0165 275902
www.regione.vda.it

ROMA. LA PITTURA DI UN IMPERO

ROMA – fino al 17 gennaio 2010
Esposte al pubblico le immagini che decoravano palazzi, templi e tombe antiche nel periodo che vede l'evoluzione della cultura romana dal suo apice alla decadenza tra il I secolo a.C. e il V secolo d.C.

Scuderie del Quirinale
telefono: 06 39967500
www.scuderiequirinale.it

CLÄY. LIBERTY A BOLZANO

BOLZANO – fino al 19 dicembre 2009
Esposte le opere dei grandi maestri dello Jugendstil bolzanino tra fine XIX e inizio XX secolo, da Carl Moser a Alois Delugg, ai fratelli Stolz, ad Anton Hofer. In mostra anche arredi dell'epoca.

Palazzo Mercantile
telefono: 0471 979711
www.comune.bolzano.it

CAPOLAVORI DELLA MODERNITÀ. OPERE DALLA COLLEZIONE DEL KUNSTMUSEUM WINTERTHUR ROVERETO (TN)

fino al 10 gennaio 2010
Oltre duecento capolavori assoluti della storia dell'arte del XX secolo dalle collezioni del museo svizzero Kunstmuseum Winterthur.

MART – Museo d'arte moderna e contemporanea
telefono: 046 4438887
www.mart.trento.it

IL CIBO IN POSA. DIPINTI IN EMILIA TRA '600 E '700

BOLOGNA – fino al 1° novembre 2009
Interessante rassegna dedicata al genere pittorico denominato "natura morta" con dipinti eseguiti in Emilia tra il Seicento e il Settecento.

Accademia di Belle Arti
telefono: 051 4226411 (ingresso libero)
www.accademiabelleartibologna.it

SCAPIGLIATURA. UN PANDEMONIO PER CAMBIARE L'ARTE

MILANO - fino al 22 novembre 2009
Duecentocinquanta opere, tra dipinti, sculture, grafiche e incisioni, celebreranno la Scapiigliatura, il movimento artistico e letterario che nacque nel capoluogo lombardo e che qui si affermò.

Palazzo Reale
telefono: 02 54915
www.ticket.it/scapiigliatura

CHAGALL E IL MEDITERRANEO

PISA – fino al 17 gennaio 2010
In esposizione centocinquanta opere, selezionate dalle storiche edizioni Tériade, provenienti dalle più importanti istituzioni pubbliche francesi, come il Musée National Marc Chagall di Nizza, il Centre Pompidou di Parigi, il Musée Matisse di Le Cateau Cambrésis e da collezioni private.

Palazzo Blu, telefono: 050 500197

IL MONDO DI QUENTIN BLAKE

GENOVA - fino al 10 gennaio 2010
Per la prima volta in Italia una rassegna dedicata all'opera di Quentin Blake, il più grande illustratore inglese, con oltre cento tavole originali, realizzate soprattutto ad acquerello.

Museo Luzzati a Porta Siberia
telefono: 010 2530328
www.museoluzzati.it



Marc Chagall, "La passeggiata", 1917-18, olio su tela, San Pietroburgo, Museo di Stato Russo

Domenico Lo Russo, arte e medicina facce sovrapposte della stessa medaglia

Le opere di Domenico Lo Russo, rappresentano la forma e la bellezza. Nulla di strano per un artista che è anche medico ed attinge alla quotidiana esperienza di un chirurgo plastico. Direttore della Scuola di specializzazione in Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica dell'Università di Firenze, Lo Russo ha dipinto sin dalla giovane età sposando ed intrecciando le due passioni della sua vita. Infatti l'arte, per Lo Russo, non è "altra cosa" rispetto alla professione medica, ma un'estensione o ibridazione della medesima disciplina. La pittura e la chirurgia plastica sono facce sovrapposte di una stessa medaglia. La pittura, la più metafisica delle arti, perché "la pittura è cosa mentale" – scriveva Leonardo Da Vinci – elegge la mente e la tela come campo di battaglia, mentre la meno metafisica delle "arti mediche", la chirurgia, nata anch'essa su un campo di battaglia, erede del primo tentativo fatto da un uomo per sanare con la lama il danno prodotto da un'altra lama, elegge il corpo...

Una disciplina sconfinata nell'altra: dall'una si scorge,



in filigrana, l'altra. L'arte e la scienza medica sono il dentro e il fuori della stessa finestra che dà su un paesaggio infinito e assoluto; un paesaggio, tuttavia, che non lascia intravedere né orizzonti né cattedrali, ma solo altre battaglie e altri eserciti schierati contro il tempo. Non vi è soluzione di continuità fra il sapere retinico e quello epistemico di chi si affaccia a quella finestra. Entrambe, queste due forme di sapere, sono poste a fondamento del comune sentire ed operare sia del medico come dell'artista. E da quella finestra filtra sempre una luce meridiana, che illumina l'intelligenza, la ragione, la creatività, il cui fine ultimo è la salute e la bellezza. In realtà vi è un pensiero più superbo, un sogno inconfessabile e terrificante al tempo stesso: l'immortalità. •

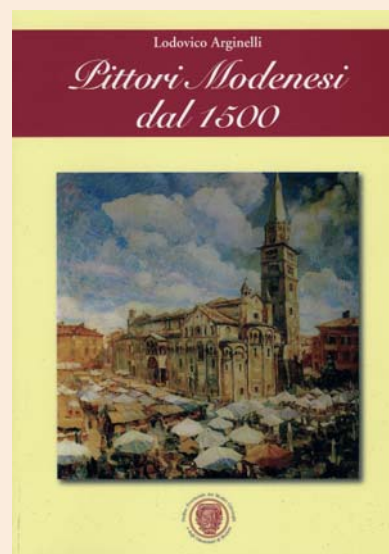
M. Tomarchio Levi

Lodovico Arginelli PITTORI MODENESI DAL 1500

Alcuni anni fa il Consiglio dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Modena decise di impreziosire le copertine del proprio Bollettino mensile con l'opera pittorica di artisti locali. Quelle opere, selezionate dal dottor Lodovico Arginelli, consigliere dell'Ordine nonché presidente dell'Associazione medici artisti di Modena e provincia, sono ora raccolte nel catalogo "Pittori modenesi dal 1500".

"La raccolta dei quadri – afferma il presidente dell'Ordine Nicolino D'Autilia nella presentazione – pur essendo sicuramente incompleta, rappresenta un valido tentativo di coniugare la territorialità dei pittori, la cosiddetta modenestà, con la loro raffigurazione in un ambito storico decisamente ampio, ben cinque secoli".

*Lodovico Arginelli
"Pittori modenesi dal 1500"
Poligrafica Mucchi, Modena - pp. 149*



Emilio Carelli, le news sempre in diretta

Giornalisti lo si diventa sul campo, con un po' di polvere sulle scarpe e a caccia di notizie. E non servono nomi illustri e ancor meno 'sponsor' importanti, ma preparazione e passione. Questo è quanto dice e fa (e di questi tempi non è poco) Emilio Carelli direttore del Tg24 di Sky. Per lui il quinto potere non è uno strumento per condizionare le masse ma il modo per rendere il pubblico sempre più interessato, moderno, informato



di Ludovica Mariani

Il suo Tg in cosa si differenzia dagli altri?

In un momento in cui l'informazione televisiva sta subendo un processo di omologazione, penso che il Tg24 rappresenti una "voce" nel panorama dell'informazione televisiva italiana e questo per le scelte iniziali che sono state fatte sei anni fa quando siamo

partiti con l'idea di fare un telegiornale indipendente. Indipendente dalla politica pur trattandola molto, essendo anzi il telegiornale che forse più di ogni altro fa informazione politica. Il Tg24 è un telegiornale che io considero equilibrato e obiettivo, sono questi gli ingredienti iniziali che nell'evolversi della situazione politica si sono rivelati poi vincenti.

In questo periodo si parla insistentemente di libertà di stampa. Per qualcuno è un falso problema, altri la vedono minacciata, altri ancora ne denunciano la scomparsa. Lei cosa crede?
Penso che Italia ci sia libertà di stampa. Questa è

data dal pluralismo dalle testate giornalistiche che in Italia sono tantissime, testate libere che possono dire quello che vogliono. Resta il fatto che quasi tutti i telegiornali, sia Mediaset attraverso al proprietà editoriale sia la Rai perché la legge lo prevede, siano apparentemente controllati dal Governo. Questo aumenta il rischio dell'omologazione dei direttori, ad esempio, nominati tutti dalla stessa fonte e ad un certo punto tutti un po' uguali. Però lungi da me dal dire che non c'è libertà di stampa in Italia, in questo momento c'è eccome. Fortunatamente ci sono voci fuori dal coro, esistono editori di opposizione molto forti e così i loro giornali.

Ci saranno novità per la nuova stagione di Tg24?

Continueremo con l'attuale palinsesto che prevede trentanove edizioni in diretta del Tg nelle 24 ore. È questo il nostro punto di forza perché è un fatto che nessuno produce oggi una mole di informazione televisiva come noi. Punteremo a rafforzare l'informazione economico-finanziaria nella fascia dalle 17 alle 19 e per questo stiamo lavorando ad un nuovo format che speriamo di mandare in onda entro novembre. Sarà condotto da Sarah Varetto che è la nostra giornalista di economia.

**Sogno un telegiornale tutto in diretta
dai luoghi dei fatti**

Qual è la sua opinione sulla crisi?

È dura e nei prossimi mesi pagheremo un prezzo salato sul fronte della disoccupazione. Sono però ottimista per natura e penso anche che il giro di boa stia avvenendo proprio adesso, che ci sono già segnali di ripresa e che il peggio sia passato.

Ci spiega il suo amore per la diretta e l'interesse per le nuove tecnologie?

Amo la diretta perché per me lo specifico della televisione è la diretta, è andare in onda in tempo reale dal luogo dove avvengono le notizie. Grazie anche ad una flotta di 12 pulmini satellitari, che nessuno ha in Italia, noi ci colleghiamo quotidianamente con ogni parte del Paese e con i corrispondenti in tutto il mondo. Fino a qualche anno fa, quando ero al Tg5, una diretta dagli Stati Uniti costava milioni e milioni di lire. Adesso le nuove tecnologie, il digitale, la fibra ottica, consentono collegamenti con costi infinitamente più bassi, perché non approfittarne?

La diretta dà più valore alla notizia?

Certo, io sogno un telegiornale tutto in diretta dai luoghi dei fatti. Oggi è possibile, oggi i nostri pulmini vengono fatti funzionare da un tecnico, prima ce ne volevano 7 o 8 solo per un collegamento. Quanto alle nuove tecnologie il digitale ad esempio consente l'interattività e la possibilità di usare strumenti come il *touch screen* che prima non

avevamo. Tutte queste opportunità vanno sfruttate al meglio per offrire un servizio migliore. Come ad esempio le sei finestre di active, che speriamo presto di portare ad otto, e che danno la possibilità al telespettatore di scegliere attraverso il telecomando quello che vuole vedere nel momento in cui lo vuole vedere.

La crisi economica ha inciso sul vostro lavoro? Se la qualità costa...

Eh lo so, ma su questi temi non sono autorizzato a parlare per Sky Italia.

Quali criteri ha seguito per formare il suo staff, e l'età del suo pubblico ha influito nelle scelte?

Il nostro è un pubblico giovane, per giovane intendo tra i 18 e i 55 anni, di target medio alto dal punto di vista sociale, economico e culturale. Un pubblico sensibile alle tecnologie quindi educato tecnologicamente ecco perché per questo pubblico è stato più facile e interessante accedere ad una serie di servizi che noi offriamo. Quanto all'età noi abbiamo deciso dall'inizio di puntare sui giovani. Quando ho cominciato a lavorare su Tg24 esistevano due possibilità:

L'attuale palinsesto prevede trentanove edizioni in diretta del Tg nelle 24 ore

prendere cinque professionisti Rai e cinque da Mediaset, dei grossi nomi che fossero una garanzia di successo. Io ho scelto una squadra di tutti giovani sotto i 30 anni dei quali mi interessava la preparazione. Dovevano essere anche persone con entusiasmo e passione per questo lavoro e che, dovendo andare in televisione, avessero dei volti piacevoli. La selezione ha escluso poi tutti i raccomandati. È la verità e ci tengo a dirlo, si è usato un criterio puramente meritocratico.

Eppure si era parlato dell'arrivo di un nome importante...

Mentana? No.

Oggi si parla tanto di economia, ma non ha la sensazione che la gente sia molto distante dai grandi sistemi che la regolano?

Noi abbiamo fatto uno sforzo iniziale per essere comprensibili sia nei telegiornali che attraverso la rubrica Tg 24 Economia che va in

onda alle 18.35, da sempre molto vicina al consumatore, al cittadino, ai suoi interessi e alle sue tasche. Una rubrica che si prende mezz'ora al giorno per spiegare, per informare, per educare e per entrare anche nei meccanismi complessi dell'economia, questo ci è stato un po' riconosciuto da tutti. Penso che oggi l'informazione economica pura della Borsa interessi molte meno persone che 10 anni fa quando ci fu il boom della Borsa dove anche la casalinga o il pensionato investiva restando spesso 'scottato' dalle speculazioni. Oggi meno gente si avvicina ai titoli di Borsa e c'è meno interesse mentre c'è più attenzione per tutti gli aspetti legati ai consumi, all'aumento dei prezzi e alla qualità. Argomenti che noi trattiamo oltre all'economia mondiale. Abbiamo fatto anche molte inchieste per spiegare il perché di certi fatti e le assicuro che siamo stati molto severi. Come dicevo prima, punteremo a rafforzare l'informazione economico-finanziaria.

E il pubblico vi ha premiato. Ma un direttore di Tg quando va a casa cosa guarda in televisione?

Guarda i Tg e li guarda tutti perché il confronto è sempre importante, sempre interessante. Solo in seconda serata mi concedo un po' di svago guardando qualche canale di Fox o History Channel che mi piace molto o il National Geographic. Quello che aborro sono i reality e i giochetti televisivi, tutte cose che non mi dicono niente. •



Se... "Mrs. Robinson"... non arriva a fine mese

Dal successo a teatro con "Il laureato" alla nuova serie televisiva incentrata sul tema delle difficoltà economiche nell'Italia di oggi, Giuliana De Sio, vincitrice di due David di Donatello, ripercorre le tappe della sua carriera trentennale tra cinema, tv e palcoscenico

di Paola Stefanucci

Bella, intelligente, sguardo luminoso, sorriso comunicativo, trent'anni di carriera (chi lo avrebbe mai detto?), Giuliana De Sio transita con incantevole bravura dal teatro al cinema e alla televisione. Apprezzata ed eclettica protagonista di opere classiche e moderne, Giuliana rende credibile e indimenticabile ogni personaggio da lei interpretato: dalla struggente Adriana in preda alla follia di "Notturmo di donna con ospiti" di Annibale Ruccello fino all'inquieta (e alcolizzata) signora Robinson de "Il laureato". Ci piacerebbe citarli tutti, ma non finiscono mai....

L'attrice salernitana debutta e trionfa in tv nel 1977 a soli 19 anni nello sceneggiato "Una donna". Da allora è stato un crescendo di successi e riconoscimenti (meritati) tra cui anche due David di Donatello per "Io, Chiara e lo Scuro" con Francesco Nuti nel 1982 e per "Cattiva" di Carlo Lizzani nel 1991.

Giuliana De Sio mi riceve nella sua accogliente casa romana dove, mi racconta, vive da 18 anni e risponde al-



le mie domande con estrema franchezza.

Signora De Sio, quando ha calcato per la prima volta un palcoscenico?

A 5 anni, al Teatro Verdi di Salerno, ma non come attrice, come ballerina durante il saggio della scuola di danza. Ero la protagonista di un balletto in cui interpretavo il ruolo di una gallinella che veniva spennata da alcuni cuochi e messa a bollire in pentola. Ho frequentato la scuola di danza classica fino a 12 anni. Poi purtroppo ho smesso, dico purtroppo perché la danza era ciò che avrei voluto fare nella mia vita.

Perché non ha continuato?

Mia madre mi tolse dalle lezioni. Diceva che non studiavo. Invece non era vero. Piansi molto. Quando divenni più grande era troppo tardi per riprendere. E poi ho scoperto la vocazione e la passione per la recitazione.

Il suo debutto?

A 19 anni nello sceneggiato televisivo "Una donna". Era la vita di Sibilla Aleramo, poetessa e scrittrice italiana del Novecento. Nell'arco di otto puntate ho vissuto la storia di Sibilla dai 15 ai 29 anni: le sue vicende amorose tormentate, il femminismo, l'impegno sociale e politico. Era il '77, allora in tv si vedevano delle belle cose.

Lo sceneggiato della domenica sera era un evento. "Una donna" ebbe un successo clamoroso. Venti milioni di telespettatori.

Un record per l'epoca.

Infatti, divenni famosa in un batter d'occhio. Allora la tv era un mezzo molto diffuso e i canali erano solo due, la gente vedeva un programma dell'uno o l'altro e ne decretava il successo. Così il giorno prima non eri nessuno, il giorno dopo apparivi come la Madonna a tutta la nazione. Non come oggi che c'è da scegliere e quindi il pubblico disperde l'attenzione in tante cose...

Questa improvvisa popolarità la gratificava?

No. Fu uno choc fortissimo. Non ero preparata, piangevo. Sono passati trent'anni, mi succedono le stesse cose, non nella stessa misura, ma mi stupisco come allora. Mi sono rassegnata a vivere con il disagio di sapere che non sono invisibile.

Lei è un'attrice versatile e sensibile. Ritiene che la sua creatività si esprima meglio a teatro, sul piccolo o sul grande schermo?

Un attore deve saper fare bene tutto. I mezzi sono due: la macchina da presa e il palcoscenico. L'una cattura quell'attimo di verità, di concentrazione, di semplicità che diventa cinema e l'altro è uno spazio che viene invaso prepotentemente dal corpo e dalla voce. Quando l'attore riesce a trasferire un po' del minimalismo del cinema a teatro e del massimalismo del teatro al cinema è un attore completo. Il teatro è un'impresa totalizzante, ti

si radica da casa tua per mesi e per mesi, praticamente, abiti nel personaggio che devi interpretare.

Come, ad esempio, in "Notturmo di donna con ospiti", 650 repliche memorabili.

Mi ricordo che andavo in trans in scena. Sono i personaggi che vengono da te.

Dopo tanti anni il pubblico viene in camerino mi implora ancora: "Ma Notturmo, Notturmo..." Era uno spettacolo energetico, paralizzante, comico e drammatico. Recitavo nel mio dialetto che è di una bellezza sorprendente. Ho avuto un'altra occasione per usare la mia lingua madre, al cinema in "Storia d'amore e d'anarchia" di Lina Wertmüller.

In televisione ho fatto delle cose che sono rimaste nella Storia (televisiva). "Le mani sporche" di Elio Petri con Marcello Mastroianni. "Cuore" di Edmondo De Amicis diretto da Luigi Comencini. Facevo la maestra dalla penna rossa. "La piovra" che è stato un evento planetario dal Giappone alla Russia. Ora non è più così. Non tutte le cose che ho fatto in tv negli ultimi anni mi piacciono, anzi. Ma bisogna tener conto della potenza del mezzo. Io sono molto realistica. Quando recito, riempio i teatri perché sicuramente lo faccio bene ma anche perché la gente mi conosce attraverso la televisione. La sfida è dare il meglio di sé anche in un contesto in cui non ci si sente completamente a proprio agio.

Lei è in grado di spaziare dal versante drammatico a quello comico?

Io ho una venerazione per gli attori comici. Sono superiori a quelli drammatici. La vita è tragicomica. Dovendo scegliere tra la tragedia e la commedia, quando posso scelgo la seconda anche perché possiedo entrambe le corde drammatiche e comiche. Il teatro e il cinema tragicomico è molto frequentato dagli anglosassoni. Invece da noi o la tragedia o commedia senza spessore. Esiste un punto di vista più interessante sulla realtà che comprende il basso e l'alto, tutto il sacro e il profano, il celeste e il pedestre.

L'interesse del pubblico per i camici bianchi sullo schermo è decisamente in salita. È un dato che si coglie attraverso i titoli che si moltiplicano e dalle richieste che vanno sempre più in tale di-

rezione. Le ha mai interpretato il ruolo di un medico?

No. Anzi, sì. Dieci anni fa, in un film per la televisione tedesca. Ero un chirurgo. Ricordo una scena mozzafiato in cui venivo calata da un elicottero su un cargo per operare d'urgenza un bambino clandestino con una gravissima emorragia. Non ricordo il titolo, ma ho delle foto con la mascherina da qualche parte.

Il titolo?

Ah, questa è dura. Gli attori vivono nel culto delle cose che hanno fatto. Io no. Non ho un blog, ho qualche videocassetta ormai smagnetizzata, non ho dvd. Oltre a qualche fotografia, ho lì i premi (sono esposti su una mensola) ma prima o poi li toglierò. Cambierò tutto (dice sorridendo con

grazia irresistibile ma poi afferma con civetteria di essere pigra e di non aver mai spostato nemmeno una sedia).

Pensa che la bellezza per un'attrice sia decisiva per un calamitante approccio con il pubblico?

La bellezza ma di più il *sex appeal* sono una componente del valore di un'attrice. Vale anche per gli attori.

Teme le rughe?

Nooo! Non ne ho. Temo gli attacchi di panico. Ne soffro da un anno. Hanno sconvolto completamente la mia vita.

Sono costretta a prendere tante pillole anche per una dolorosa colite ulcerosa. Psicosomatica mi hanno detto. D'altronde il malessere esistenziale è in crescente aumento nella nostra società e le malattie psicosomatiche vanno di pari passo.

Impegni recenti?

Oltre alle otto nuove puntate della fiction "Caterina e le sue figlie" con Virna Lisi, ho appena finito di girare ieri in Calabria il film "Vorrei vederti ballare" con Alessandro Haber, Gianmarco Tognazzi, Paola Barale. Protagonista è il ventunenne Giulio Forges Davanzati che io ho scoperto e che recita con me a teatro ne "Il laureato".

Lei che ruolo ha?

Sono la madre di una ragazzina anoressica.

Progetti in cantiere?

Tanti.

Ce ne dica uno.

Una nuova serie su un tema di grande attualità "Se non si arriva a fine mese". •



Trenta secondi contro l'Aids

di Maricla Tagliaferri

In principio fu John Lennon. Il primo a usare la sua celebrità per una causa nobile come la pace. A quasi quarant'anni di distanza ormai è quasi indispensabile avere un testimonial del mondo dello spettacolo per le "cause" più diverse. E pensare che

all'epoca le critiche piovevano da ogni parte sull'ex-Beatles. "La cosa peggiore dell'arrivare troppo tardi è arrivare troppo presto", sorride Giorgio Pasotti, uno degli attori preferiti di Gabriele Muccino, passato per piccoli e grandi film d'autore come "Dopo mezzanotte" e "L'aria salata", star della tv grazie a "Distretto di polizia".

Pasotti è l'ultimo in ordine di tempo ad essersi messo in gioco a favore della sanità, dopo i colleghi Valeria Golino, Isabella Ferrari e i registi Francesca Archibugi e Ferzan Ozpetek. L'ha fatto girando personalmente uno spot per la campagna anti-Aids promossa dal Network Persone Sieropositive, finanziata dalla Abbott e patrocinata dai ministeri della Gioventù e delle Pari Opportunità. "Mi pare semplicemente obbligatorio che chi ha un minimo di popolarità, la metta a disposizione di una causa giusta", dice. L'iniziativa, alla sua seconda edizione, si articola in due tempi: oltre allo spot, c'è un concorso, l'HiVideo, riservato ai giovani fra i 16 e i 26 anni. Il concorso prevede due sezioni, una audio e una visiva. I partecipanti possono mandare i loro spot al sito www.hivideo.it entro il 10 novembre. I più votati in rete e quelli selezionati da una giuria di esperti saranno premiati il 29 novembre, giornata internazionale anti-Aids, in una serata all'Alcatraz di Milano. Per il suo mini-video di 30 secondi, Pasotti ha chiamato a raccolta un pool di amici che vanno da Daniele Liotti a Claudia Pandolfi, passando per Pietro Taricone, Fabio Troiano e Martina Stella, testimonial della campagna 2008. "Hanno accettato con un entusiasmo commovente", ricorda l'attore, già regista di alcuni corti e un videoclip, premiato a Roma due anni fa. Il suo piccolo film racconta una



notte in una discoteca dove si aggira uno spacciatore molto richiesto. Solo alla fine mentre scorre il claim "Amati... Ama... Divertiti... Usa la testa. Ferma l'Aids", si scopre che spaccia preservativi.

Coi suoi 36 anni, Giorgio Pasotti appartiene alla generazione cresciuta nella paura dell'Aids: "Ne sentii parlare che avevo 15-16 anni e la mia prima reazione fu pensare: che sfortuna, proprio ora! Nel pieno della scoperta sessuale, è stato una tegola sulla testa. Mi ha condizionato, tanto, anche

perché all'epoca si moriva velocemente e se ne sapeva poco". E adesso ha deciso di mettersi in gioco perché: "Dopo gli allarmi iniziali, c'è stato un silenzio di quasi dieci anni, durante i quali una nuova generazione s'è formata nell'idea sbagliata di un farmaco miracoloso che avrebbe già debellato il virus. Invece non esiste ancora alcuna cura: di Hiv si muore".

I dati del Centro operativo anti-Aids e dell'Istituto Superiore di Sanità, non sono rassicuranti: certo, la mortalità è scesa del 90 per cento, attestandosi su un 9 per cento, ma ancora una persona su quattro non sa di essere sieropositiva. È cambiata la popolazione che si infetta: in aumento gli eterosessuali e le donne, contagiate da un partner di cui non si conosce la sieropositività. Andrebbe incoraggiata l'idea del test come ordinaria routine. Ma: "I soldi sono pochi, appena 500 mila euro per le campagne di prevenzione", dice il viceministro della Sanità, Ferruccio Fazio, impegnandosi a portare spot e concorso all'attenzione della Presidenza del Consiglio. Sperando, aggiungono sottovoce i responsabili del Network Persone Sieropositive, che parlare di preservativo non sia un ostacolo. •



Da sinistra: Daniele Liotti, Giulia Elettra Gorietti, Luciano Scarpa, Claudia Pandolfi, Giorgio Pasotti, Martina Stella e Pietro Taricone

Digeridù, la voce degli dèi

di Piero Bottali

Oggi lo suonano diversi gruppi musicali 'etnici', pop, folk e sperimentali, dato il suo timbro molto particolare, ma il digeridù (o *didjeridoo*, per chi vuole scriverlo per forza in inglese) è un antichissimo, addirittura preistorico

strumento musicale degli aborigeni australiani. Magica e suggestiva la sua origine: "All'inizio del tempo dei tempi - essi raccontano - al tempo della creazione, tutto era avvolto nel freddo e nel buio. Bunann stava preparando la legna per il fuoco e mentre controllava i tronchi vide che uno era cavo perché le termiti lo avevano mangiato all'interno. Siccome voleva bruciare il tronco senza far del male alle termiti vi soffiò dentro per liberarlo. Ed il tronco iniziò a suonare. Le termiti allora volarono nel cielo e divennero stelle (...) e per la prima volta il suono del digeridù fu udito creare il suono sacro del Tempo del Sogno". Dalla preistoria mitica fino ad oggi questo idiofono costituito da un tronco dritto e cavo lungo circa un metro e mezzo o più, è lo strumento musicale cerimoniale per eccellenza dei primi abitanti dell'Australia. La sua diffusione pare sia partita dal nord del continente, tra il Kimberly occidentale e il Queensland orientale, pur se la colonizzazione soprattutto culturale dei 'nuovi' arrivati bianchi lo ha confinato nella Terra di Arnhem. Solo gli adulti iniziati ai sacri misteri della Madre Terra possono suonarlo; le donne no, a loro è perfino proibito toccarlo, per motivi che affondano le radici nella tradizione ma che, senza essere antropologi alla Claude Lévi Strauss, possiamo forse collegare anche a tabù fallici.

Oggi il digeridù viene suonato da quegli aborigeni strettamente legati alla tradizione, ed in occasioni speciali, nelle cerimonie di iniziazione dei ragazzi, nelle canzoni d'amore, durante importanti riti di scambi (baratti) e nelle funzioni funebri. Ogni brano viene eseguito con

**Per gli aborigeni
non è solo musica
ma prima
di tutto la melodia
della creazione,
quella
del Tempo
del Sogno**

grande solennità seguendo uno 'spartito' spirituale ben preciso, rispettando ritmi e intervalli e pause per la respirazione; oppure producendo un suono continuo, emesso grazie alla difficile tecnica del respiro 'circolare', simile a quello dei suonatori di launeddas sarde, che si dice aiuti a mantenere l'apparato respiratorio libero e la mente sgombra dai pensieri. È bene dire che il suono del digeridù per gli aborigeni non è solo musica ma prima di tutto la melodia della creazione, quella del Tempo del So-

gno, ricreata magicamente tramite le vibrazioni ricche di bassissime frequenze, al limite dell'udibile, prodotte da un elementare tubo cavo nel quale si soffia ad un'estremità. Nessuna sorpresa quindi, che il digeridù sia stato 'catturato' dalla ormai esangue musica occidentale, sempre assetata di novità: oltre a vari gruppi pop, anche la gradevolmente vacua musica new age lo usa da tempo quale veicolo alla meditazione. La musicoterapia assicura che l'inaudibile banda di frequenze inferiori ai 20 hertz emessa dal digeridù coincide con quella delle onde cerebrali umane alleviando i dolori muscolari e donando un senso di pace, serenità e chiarezza di visione interiore. Oltre ai gruppi pop ed 'etnici' (che spesso di etnico non hanno proprio nulla, amplificati e schitarranti allo spasimo come sono) il meraviglioso digeridù - strumento sacro per gli aborigeni e meditativo per gli occidentali - è caduto preda dei soliti fanatici, chiamati modernamente compulsivi isterici, che ne hanno fatto un bastone toccasana per tutti i mali, uno strizzacervelli da passeggio, un antidepressivo a forma di tubo. •



Haydn, il compositore della gioia



di Riccardo Cenci

Cercando di distogliere Haydn dal proposito di intraprendere il suo primo viaggio in Inghilterra al seguito dell'impresario Salomon, durante quello che doveva essere il loro ultimo incontro, Mozart si sarebbe rivolto a lui chiamandolo padre, come del resto era solito fare, prospettandogli le difficoltà che avrebbe dovuto affrontare in un paese straniero, certamente scosso dal fatto di doversi separare da una persona cara. L'esperienza fu un clamoroso successo, ma i timori di Wolfgang non erano infondati; da quel giorno i due amici non si sarebbero mai più rivisti. Al di là della facile mitizzazione dell'episodio, secondo cui Mozart sarebbe stato turbato non solo dalla propria instabile situazione economica, ma da un vero e proprio presagio di morte, preme sottolineare come il ruolo svolto da Haydn nei confronti del genio salisburghese trascenda il livello individuale per assumere un significato più ampio; il

Esponente del classicismo musicale, è considerato il padre della sinfonia e del quartetto. Ritratto di un musicista che, a duecento anni dalla morte, ci parla ancora con una sicurezza ed una semplicità esemplari

compositore di Rohrau viene infatti unanimemente considerato il padre della cultura strumentale del classicismo, colui il quale ha stabilito definitivamente i canoni della sinfonia e del quartetto. Come un premuroso genitore, Haydn non manca di esprimere la propria ammirazione nei confronti di Mozart, riconoscendogli una supremazia che solo in seguito sarebbe divenuta lampante per tutti: "Se a ogni amico della musica, e specialmente ai Grandi, io potessi imprimere nell'animo gli impareggiabili lavori di Mozart e far sì che tutti li comprendessero e li sentissero come io li comprendo e li

sento, tutte le nazioni andrebbero a gara per avere entro i loro confini un simile gioiello!", scrive ad esempio a Praga nel 1787. Per questo Haydn non riuscì mai ad accettare la perdita dell'amico, non potendo credere che "la Provvidenza avesse reclamato così presto la vita di un uomo tanto indispensabile". Un medesimo atteggiamento di modestia, carattere peculiare del suo spirito, trasparire nell'incontro con Beethoven. Quando Haydn accetta di istruire il giovane allievo è certo consapevole dell'eccezionalità delle sue doti e se i rapporti fra i due non raggiunsero mai un livello di completa fiducia lo

dobbiamo, forse, più al carattere irascibile di Beethoven che non ad una presunta gelosia del maestro nei confronti del discepolo. Negli anni seguenti anche il genio di Bonn, riferendosi al proprio insegnante, non lesinò parole di ammirato rispetto, a testimoniare un legame comunque profondo. È proprio da queste premesse che parte il declino critico di Haydn, tanto osannato in vita quanto facilmente dimenticato dopo la sua scomparsa, oscurato dal rapido mutare dei gusti e dell'estetica. Egli riuscì a conquistare il panorama musicale del suo tempo, codificando un lessico strumentale apprezzato in tutta Europa, divenendo il portavoce di una visione ottimistica e serena della vita. Il classico ed imperturbabile maestro, dalla biografia tanto povera di avvenimenti e priva di un fascino particolare, sulla quale "spira un'aura da fioretto francese", per usare le parole di Giorgio Pestelli, non poteva piacere all'Ottocento, un secolo bruciante di passioni, proiettato verso l'affermazione degli ideali del

Aver tenuto a battesimo Mozart e Beethoven, lo ha a lungo relegato nel ruolo di semplice precursore

Romanticismo. Inoltre il fatto di aver tenuto a battesimo due fra i più grandi geni della storia della musica quali Mozart e Beethoven, lo ha a lungo relegato nel ruolo di semplice precursore, ridimensionandone la ragguardevole statura. Nuove infine alla comprensione della poetica haydniana lo sterminato numero di composizioni (107 sinfonie, 68 quartetti), smisurato per una mentalità moderna. Dalla metà del XX secolo fino ad ora molto si è fatto per recuperare un corretto approccio critico alla sua opera e le celebrazioni per i duecento anni dalla morte sono un'occasione per approfondire un discorso di certo non concluso, considerando ad esempio il dibattito che suscita la sua produzione teatrale, ancora oggi trascurata e poco conosciuta.

Evento essenziale nella vita di Haydn è l'assunzione presso il principe Paul Anton Esterházy in qualità di vice Kapellmeister, con l'incarico di comporre musica adatta ad ogni circostanza, quali una nascita, o un anniversario. Quando il principe Nicolaus detto "il Magnifico" costruisce il sontuoso castello di Esterháza, per Haydn si aprono le porte di un mondo fiabesco nel quale figurano un teatro d'opera, un teatro per le marionette, un padiglione cinese, svariati templi in stile classico, un padiglione di caccia e persino uno zoo; una sorta di prigione dorata, nella quale il compositore trascorre gran parte

della propria esistenza. In realtà a partire dal 1779, in seguito ad una modifica contrattuale, Haydn diviene libero di comporre per committenti esterni, di vendere e trarre profitto dalla propria musica. Le esperienze più folgoranti della sua straordinaria carriera sono i due viaggi in Inghilterra, nei quali dimostra una grande abilità diplomatica ed una capacità notevole nel conquistare i favori del pubblico. Così descrive una sua apparizione Charles Burney nelle sue memorie: "Lo stesso Haydn suonava il pianoforte e la vista di quel rinomato compositore elettrizzava a tal

punto il pubblico da suscitare un'attenzione ed un piacere come mai musica strumentale aveva suscitato in Inghilterra". Haydn comunque, diversamente da Händel, non cede alle sirene anglosassoni, arrivando persino a rifiutare una proposta diretta del re e della regina; nel 1795 lascia Londra per la seconda volta, facendo ritorno nella sua amata Vienna. Dalle pieghe di una biografia semplice e priva di slanci prometeici traspare comunque un'immagine di grande umanità. Tormentato da un legame coniugale infelice, Haydn si dimostra a volte ingenuo con le donne, arrivando ad

intraprendere una relazione con la cantante Luigia Polzelli, sottoponendosi a ingenti sforzi finanziari pur di compiacerla nelle sue bizzarrie. Nei rapporti con gli altri è schietto, evidenziando sovente una notevole bontà d'animo ed uno spiccato senso dell'humour. La frequentazione con la nobiltà non gli ispira alcun atteggiamento altezzoso, spingendolo al contrario a confessare simpatia nei confronti della gente più umile. Haydn resta per noi una figura pienamente leggibile, immediata come la sua musica, lontana da qualsiasi complicazione intellettuale, sempre orientata verso una visione armoniosa della vita. Non sorprende che musicisti quali Carl Maria von Weber e Cherubini, durante le loro visite all'anziano maestro, si rivolgessero a lui utilizzando l'appellativo di papà. L'aneddotica narra che, durante l'occupazione di Vienna, un ufficiale degli ussari, dopo essere entrato in casa sua, gli cantasse un'aria dalla "Creazione", commuovendolo fino al pianto, mentre Napoleone in persona ordinava un servizio di guardia di fronte alla sua porta, tributando un ultimo omaggio al grande compositore. Haydn muore il 31 maggio del 1809 per indebolimento generale, nel bel mezzo dei sovvertimenti della storia, abbandonando l'esistenza con quella naturalezza che ha sempre contraddistinto la sua musica ed il suo pensiero. •



Thomas Hardy, Ritratto di Franz Joseph Haydn, 1792

Londra e le Olimpiadi d'oltremania



Piccadilly Circus

La trentesima edizione sbarcherà in territorio inglese nel 2012. Per accogliere l'evento sportivo più importante del mondo la capitale si sta preparando alla riqualificazione dell'East End e alla realizzazione di un villaggio degli atleti a Stratford

testo e foto
di Mauro Subrizi

Londra si prepara a ospitare la 30ª edizione delle Olimpiadi nel 2012. Il conto alla rovescia è ufficialmente iniziato il 6 luglio 2005, quando i membri del Comitato internazionale Olimpico hanno decretato la vittoria di Londra su Parigi dopo una lotta all'ultimo sangue. In programma ci sono la riqualificazione dell'East End, che accoglierà un ampio complesso di strutture sportive, e la realizzazione

di un villaggio degli atleti a Stratford. Anche il resto della città ospiterà importanti eventi sportivi, sia nei templi classici dello sport (le partite di tennis si svolgeranno a Wimbledon) che in altre località più insolite: immaginate i campi da beach volley sulla Horse Guards Parade e i ciclisti che sfrecciano in pieno centro. Saranno necessarie opere imponenti e tradizione vuole che il budget iniziale, pari a 2,5 miliardi di sterline, si riveli poi insufficiente, ma l'entusiasmo dei londinesi promette be-

ne, orgogliosi di vivere in una città piena di tradizioni ma sempre pronta a rinnovarsi e a stupire.

ST. JAMES, MAYFAIR E PICCADILLY

La tradizione e la storia

Il quartiere situato tra Buckingham Palace e Trafalgar Square è uno dei più rappresentativi di Londra. Ricchezza e imponenza architettonica ne caratterizzano lo stile dove alle piazze rigogliosamente verdi si alternano le prestigiose residenze di Mayfair, i club esclusivi di St. James

e i famosi negozi e alberghi di Piccadilly, una delle grandi arterie di Londra.

Qui si trova anche Buckingham Palace, la residenza ufficiale della regina, che dal 1933 è in parte aperto ai visitatori nei mesi di agosto e settembre.

Lo sviluppo originario dell'area iniziò con l'edificazione del St. James Palace, costruito da Enrico VIII intorno al 1530 e successivamente residenza di vari sovrani. Già nel XVIII secolo vari membri dell'aristocrazia che volevano avvicinarsi alla corte costruirono sontuose dimore signorili come Spencer House e Burlington House, e poco dopo

sorsero i magnifici portici e gli esclusivi negozi di Piccadilly. L'atmosfera del quartiere è rimasta praticamente inalterata anche quando nel XIX secolo la regina Vittoria trasferì la corte nel vicino Buckin-

La Colonna di Nelson a Trafalgar Square



gham Palace con la costruzione, nel XX secolo, del grande percorso cerimoniale lungo il Mall, fra la residenza reale e Trafalgar Square.

La raffinatezza e l'eleganza di questa area la rendono ancora oggi unica nella capitale, con un tocco di signorilità e imponenza che manca in altri quartieri. Potrete ammirare i parchi e le strade, le splendide dimore antiche, i negozi e le gallerie (particolarmente la Royal Academy che ospita le più importanti mostre d'arte), e i luoghi celebri all'estremità del Mall: Buckingham Palace con la famosa cerimonia del "cambio della Guardia" e Trafalgar Square con la **National Gallery**, la principale galleria d'arte del Paese.

ROYAL SOUTH BANK Il quartiere emergente

Da zona degradata a quartiere di tendenza. La riva meridionale del Tamigi, con il nuovo millennio, è rinata. L'ex area industriale con i quartieri malfamati e i teatri, che in epoca elisabettiana godevano di una pessima reputazione sociale, oggi è il nuovo polo culturale e di tendenza. È una delle poche vere zone pedonali del centro città. A tutte le ore viene frequentata da migliaia di persone che vogliono ammirare le nuove architetture del XXI secolo. Oppure concedersi una cena con vista sul Tamigi. Il percorso della nuova rive gauches inglese si snoda tra il ponte di Westminster

e Tower Bridge, e impone continue fermate. La prima è quella metropolitana di Westminster, tecnologica e innovativa. La stazione è supermoderna e porta la firma dell'architetto Paoletti, vincitore del premio Riba per il miglior progetto del nuovo millennio. Basta attraversare il ponte per arrivare sotto il **London Eye**, la ruota panoramica più alta d'Europa. Di fronte si ammira la **Houses of Parliament**, il Parlamento, con il **Big Ben**. Tra il Westminster Bridge e la ruota del millennio, si trova la **County Hall**: l'imponente palazzo ex sede del governo di Londra oggi ospita il **London Aquarium** e la **County Hall Gallery**. Pochi passi e s'incontrano le forme squadrate del **Southbank Center**, il più vasto complesso di edifici artistici d'Europa. Sempre in zona, il **Gabriel's Wharf** è un angolo a misura d'uomo, raccolto intorno a una grande piazza pedonale, su cui si affacciano atelier di moda, laboratori di designer e piacevoli ri-

30 St Mary Axe



storanti. Pochi metri e si arriva alla **Tate Gallery of Modern Art** che, inaugurata nel 2000, è l'orgoglio di South Bank, principale sede espositiva d'arte moderna. Dall'ultimo piano dell'edificio si domina l'intera città e in particolare il **Millenium Bridge**, il ponte pedonale che unisce la Tate alla Cattedrale di Saint Paul. Impressionante il colpo d'occhio sullo skyline, con sullo sfondo anche l'eccentrica torre 30 St Mary Axe "The Gherkin", che porta la firma di Foster e ricorda la Agbar, a Barcellona, di Je-

an Nouvel. Poco lontano c'è il nuovo **Shakespeare Globe Theatre** che, inaugurato nel 1997, è l'esatta riproduzione, a forma circolare, del teatro elisabettiano del 1599 dove il famoso drammaturgo mise in scena le sue opere, e sorge a 200 metri dalla costruzione originaria. Si può chiudere il tour sul Millenium Mile spingendosi poco oltre il ponte, dove si trova il **Design Museum**. Aperto nel 1989 in un edificio degli anni Trenta, è stato il primo al mondo dedicato al design contemporaneo. •

Tower Bridge





A QUANTO AMMONTERÀ LA MIA PENSIONE?

Caro Presidente,
mi sono laureato nel 1989. Attualmente svolgo attività di medico di base nel Ssn che ha avuto inizio nel

1992. Nello stesso anno ho anche svolto solo per sei mesi l'attività di Medicina Scolastica presso una Ausl. Vorrei conoscere l'onere del riscatto degli anni di laurea ed il numero delle rate per estinguerlo.

Vorrei conoscere, mantenendo in modo costante l'attuale contribuzione sino all'età della pensione, a quanto ammonterebbe (al lordo) tenendo anche conto che sono nato nel '57.

I contributi della Medicina Scolastica risultano versati? E in che misura?

Saluto cordialmente.

(lettera firmata)

Caro Collega,
presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati in tuo favore contributi previdenziali per un importo complessivo pari a euro 149.553,80.

Continuando a contribuire fino al compimento del 65° anno di età, ti verrà corrisposto a carico di tale Fondo un trattamento pensionistico pari a circa euro 40.500,00 annui lordi, reversibile ai superstiti, indicizzato e cumulabile con quello che ti verrà erogato anche dal Fondo di Previdenza Generale. Nel caso optassi per il trattamento misto, convertendo in indennità di capitale una quota pari, nel massimo, al 15% della pensione maturata, come previsto dalla normativa vigente, avresti diritto ad una pensione annua pari a circa euro 34.300,00 e ad una indennità di circa euro 73.400,00 lordi.

Qualora, invece, decidessi di attivare l'istituto del ri-

scatto degli anni di laurea, il suddetto importo pensionistico verrebbe incrementato di circa euro 6.000,00 annui lordi, a fronte di un onere a tuo carico di circa euro 61.800,00, il cui versamento può essere effettuato in un'unica soluzione o in rate semestrali con la maggiorazione degli interessi legali. In caso di pagamento rateale, il contributo deve essere corrisposto in un numero di anni non superiore a quello degli anni da riscattare aumentati del 50% e, comunque, entro il compimento del 65° anno di età. Ad esempio, nel tuo caso riscattando 6 anni di laurea, potresti rateizzare il contributo in un massimo di 18 rate semestrali (9 anni), pari a circa euro 3.900,00 ciascuna.

Per effettuare il riscatto è necessario presentare apposita domanda all'Ente che provvederà a comunicarti l'esatto ammontare dell'onere a tuo carico ed il relativo incremento di pensione di cui potrai beneficiare, determinato sulla base dei contributi accreditati alla data della domanda. La richiesta non è in alcun modo vincolante quindi, qualora non la reputassi conveniente, non sarai tenuto ad aderirvi.

Ti ricordo, inoltre, che i contributi per il riscatto sono interamente deducibili dall'imponibile Irpef, ai sensi del Decreto Legislativo 18 febbraio 2000 n. 47.

Al compimento del 65° anno di età, inoltre, ti verrà corrisposta una prestazione previdenziale a carico del Fondo Generale Quota A, presso il quale sei iscritto dal 1989, di importo pari a circa euro 3.900,00 annui lordi.

Con riferimento, infine, all'attività di Medicina Scolastica da te svolta, ti faccio presente che presso il Fondo degli Specialisti Ambulatoriali risultano accreditati in tuo favore contributi previdenziali dal dicembre 1992 al febbraio 1993 per un importo complessivo pari ad euro 894,44.

Cari saluti.

Eolo Parodi



È POSSIBILE NON VERSARE I CONTRIBUTI?

Egregio Presidente,
mi sono laureata nel 1984 ed iscritta all'Ordine nel 1985, verso i contributi Quota A dal 1986. Non svolgo l'attività professionale in quanto impiegata presso una Ausl dal 1976 con altra qualifica, data l'età non penso di avere più la possibilità di essere inquadrata nel ruolo medico, pertanto chiedo se è possibile non versare i contributi e cosa succede degli importi versati in tutti questi anni.
Cordiali saluti.

(lettera firmata)

Gentile collega,
i contributi minimi sono obbligatoriamente dovuti alla Quota A da tutti gli iscritti all'Albo professionale, almeno sino al compimento del 65° anno di età, indipendentemente dall'effettivo esercizio della professione medica e/o odontoiatrica e dalla contribuzione ad altre forme di previdenza obbligatoria. Tale obbligo contributivo, quindi, viene meno solo se a seguito della cancellazione dall'Albo. In tal caso, comunque, ti faccio presente che i contributi fino ad oggi da te versati ti daranno diritto a percepire, al compimento del 65° anno di età, un trattamento pensionistico.
Ti porgo cordiali saluti.

E. P.



È POSSIBILE IL RICONGIUNGIMENTO?

Gentile Presidente,
Sintetizzo i miei dati personali: laureata in Medicina nel 1985; specializzata in ostetricia e ginecologia nel '91; dirigente medico in un ospedale per circa tre anni; dirigente medico presso un altro ospedale dal '97 al 2007 quando ho presentato le dimissioni volontarie per motivi di famiglia; contrattista libero-professionale dal 2007 presso un ospedale; ho presentato domanda di ricongiungimento dei contributi previdenziali all'Enpam ed Inpdap a fine 2007.

Le chiedo se il ricongiungimento è possibile e se sia conveniente chiedere a Inpdap la restituzione dei contributi versati a suo tempo, continuando ora i versamenti all'Enpam.

Grata per una risposta.

(lettera firmata)

Cara Collega,
in seguito agli opportuni accertamenti disposti presso i competenti Uffici della Fondazione, la tua nota dell'undici novembre 2007 risulta incompleta dei dati necessari per essere considerata domanda di ricongiunzione valida a tutti gli effetti.

Per attivare la procedura, infatti, dovrai far pervenire il modulo di domanda debitamente compilato e completo della documentazione indicata nella parte retrostante. Ti preciso che, ai sensi della Legge n.

45/1990, i periodi assicurativi relativi all'esercizio dell'attività ospedaliera potrebbero essere ricongiunti unicamente presso la "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale, dove confluiscono i contributi minimi, alla cui corresponsione sei vincolata in conseguenza dell'iscrizione all'albo professionale di categoria. Non conoscendo l'ammontare e gli esatti periodi di riferimento dei contributi eventualmente oggetto di ricongiunzione, non sono in condizione di anticiparti se l'operazione potrebbe risultare conveniente. Ti faccio presente, comunque, che il trasferimento di ulteriori periodi contributivi presso il Fondo di Previdenza Generale, determinerebbe un incremento del trattamento pensionistico che percepirai, dopo il compimento del 65° anno di età, a carico della gestione.

Ti informo, inoltre, che la presentazione di una domanda di ricongiunzione non determina alcun vincolo. A seguito della tua istanza, infatti, gli Uffici provvederanno a richiedere i dati contabili necessari alla definizione dell'operazione e a sottoporli una lettera di proposta, in cui oltre all'eventuale onere da porre a tuo carico, ti verranno illustrati nel dettaglio i benefici pensionistici connessi con l'operazione; qualora giudicassi non convenienti le condizioni rappresentate, hai facoltà di non dare alcun seguito al procedimento.

Ti consiglio, in tal caso, di recarti presso la competente sede dell'Inpdap, al

fine di ricevere le opportune delucidazioni riguardo al possibile utilizzo ai fini previdenziali dei contributi in parola.

Nel rimanere a disposizione per ogni ulteriore chiarimento, colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



UN CHIARIMENTO SULLE DECURTAZIONI

Gentilissimo Presidente,
sarei grato se potessi avere maggiori delucidazioni in merito alla decurtazione delle pensioni di reversibilità in presenza di redditi del percepente. Quali sono i parametri da prendere in considerazione affinché tale decurtazione avvenga? L'essere proprietaria della casa in cui si vive è sufficiente perché questo si realizzi? In attesa di un chiarimento invio i più cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
in esito alle richieste informazioni ti comunico che tutte le pensioni erogate dalla Fondazione Enpam sono assoggettate al prelievo fiscale disciplinato dalla normativa inerente i redditi da lavoro dipendente. Inoltre, qualora dette prestazioni, come quella riconosciuta in tuo favore, non concorrano con ulteriori trattamenti a carico di differenti Enti previdenziali, non sono soggette ad altre decurtazioni.
Ti saluto cordialmente.

E. P.

di Gian Piero Ventura

Eccoci al primo numero di questa nuova stagione, che speriamo sia davvero positiva e di ripartenza per tutti. Intanto lo è di certo per i francobolli, mondo che ci affascina ed appassiona.

Ricordiamo infatti l'importante appuntamento che si terrà dal 21 al 25 ottobre presso il Palazzo dei Congressi di Roma: **"Italia 2009", il Festival internazionale della filatelia**, organizzato da Poste Italiane con la collaborazione della Federazione fra le Società filateliche italiane, l'Associazione filatelisti italiani professionisti e l'Unione stampa filatelica italiana.

Un evento che riconosce al francobollo l'universalità del proprio valore culturale.

La fiera comprenderà un'esposizione a concorso aperta ai collezionisti d'Europa, dei Paesi del bacino del Mediterraneo, nonché di Canada, Stati Uniti, Argentina, Sudafrica e Australia.

L'esposizione si articola nelle classi di competizione di aerofilatelia, filatelia tematica, filatelia tradizionale, maximafilia, storia postale e letteratura filatelica. Sono previsti anche scambi commerciali tra filatelici provenienti dalle diverse parti del mondo ed una ricca serie di eventi culturali e promozionali, che completano il programma. All'evento sono previsti 158 stand commerciali e la

Italia 2009

Il più importante appuntamento dell'anno, il Festival internazionale della filatelia, si terrà dal 21 al 25 ottobre presso il Palazzo dei Congressi di Roma. All'evento sono previsti centocinquantotto stand commerciali e la presenza di cinquantatre Amministrazioni postali estere



presenza di 53 Amministrazioni postali estere.

Tra queste anche il Sovrano Militare Ordine di Malta, di cui ci fa piacere segnalare l'uscita di tre francobolli raffiguranti le attività mediche ed umanitarie dello SMOM, tra cui il valore da 2,50 euro che rappresenta il soccorso medico ai migranti in quel di Lampedusa.

Ci sarà naturalmente anche San Marino, che si presenta con la pubblicazione di un volume che è molto più di un tradizionale ca-

talogo filatelico: è difatti un manuale su tutte le carte-valori postali della piccola Repubblica, descritte e illustrate cronologicamente, seguendone la storia, gli sviluppi e l'evoluzione. È un sistema di presentazione e di catalogazione decisamente suggestivo, che porta la firma di Franco Filanci, autore dell'opera in collaborazione con Maria Antonietta Bonelli e Carlo Sopracordevole, in pratica i tre maggiori esperti di filatelia e storia postale sammarinese, che ci raccontano e documentano nel modo più semplice e diretto, l'affascinante storia della posta e della filatelia nella terra del Titano.

Infine sarà presente anche l'Ufficio filatelico e Numismatico della Città del Vaticano che, con la collaborazione dei Musei Vaticani, ha annunciato un'inte-



SMOM attività mediche ed umanitarie valore da 2,50



Il catalogo di San Marino

ressante esposizione temporanea che avrà luogo proprio presso lo storico Museo dal 21 ottobre al 4 novembre. Tale evento avrà quindi inizio contemporaneamente al Festival della Filatelia, in occasione del quale, presso lo stand della Città del Vaticano saranno distribuiti dei coupon che danno diritto ad un ingresso ridotto, di € 4,00, ai Musei Vaticani. Qui, per questa occasione, saranno esposti per la prima volta eccezionali reperti filatelici relativi ad un francobollo dello Stato Pontificio del 1868, completamente realizzato e mai emesso, in pratica un valore che... non ha prezzo! •

gp.ventura@enpam.it



Prova stampa francobollo mai emesso dal Vaticano



a cura dell'avv.
Pasquale Dui (*)

Senza due distinti contratti, uno con la clinica per la degenza e l'altro con il chirurgo per l'intervento, la struttura sanitaria difficilmente può andare esente da responsabilità in caso di danni.

È piuttosto inconsueto, se non addirittura impraticabile che una persona, ad esempio che intenda sottoporsi ad una rinoplastica, stipuli due contratti. Inoltre, la clinica, che metta a disposizione di un professionista le proprie strutture, concludendo con il paziente il contratto per la degenza, assume la posizione e le responsabilità tipiche dell'impresa che eroga prestazioni sanitarie, compresa quindi anche quella del chirurgo.

Sono questi alcuni dei profili sottolineati dalla Terza Se-

Assumere rispetto al paziente la posizione e le responsabilità tipiche dell'impresa erogatrice del complesso delle prestazioni sanitarie

Errore del chirurgo, paga la clinica

zione Civile della Cassazione nella sentenza 18805/09, che ha confermato la corresponsabilità di medico e clinica per i danni causati a una ragazza sottoposta ad un triplice intervento di chirurgia estetica, ovvero liposuzione, rinoplastica e ingrandimento del seno.

La clinica si era sempre trincerata dietro la circostanza che la paziente aveva concordato l'esecuzione delle operazioni esclusivamente e direttamente con il sanitario, che peraltro non era legato da alcun rapporto di lavoro dipendente con la casa di cura, nella quale eseguiva interventi solo sporadicamente. Inoltre, la ragazza aveva pagato alla clinica solo le fatture relative alla degenza mentre i compensi per l'intervento e per l'anestesia erano stati versati direttamente al chirurgo. Tutto questo secondo i legali della struttura sanitaria si sarebbe tradotto nella sostanziale conclusione di due distinti rapporti contrattuali, determinando diverse responsabilità, pertanto, delle conseguenze dell'intervento avrebbe dovuto rispondere solo il medico e non anche la clinica. Secondo la Cassazione, premesso che non si possano escludere a priori accordi tra le parti in questi inconsueti termini, è necessario dimostrare quanto meno l'esistenza di due separati

atti, che contengano specifiche clausole approvate dal paziente in piena libertà e consapevolezza sulle prestazioni, incluse nell'uno e nell'altro e dei soggetti su cui gravano le correlate responsabilità. Di questo tuttavia non è emersa alcuna traccia nelle fasi di merito per cui la cassazione ha preso per buone le conclusioni sul punto del giudizio di secondo grado, che aveva riconosciuto la responsabilità solidale di chirurgo e della clinica per l'accaduto. La Corte d'Appello infatti ha verificato che le cose sono andate diversamente, la ragazza ha preso contatti con il chirurgo e dopo aver deciso di sottoporsi all'intervento, si è rivolta alla struttura da questo indicata. Il giudizio di secondo grado ha poi anche accertato la partecipazione di personale medico della clinica agli interventi estetici.

Quando un istituto ospedaliero autorizza un chirurgo a eseguire un'operazione al suo interno, quando mette a disposizione le sue attrezzature e la sua organizzazione, quando conclude con il paziente il contratto di degenza e per le prestazioni accessorie, lo stesso istituto secondo la Cassazione assume contrattualmente rispetto al paziente la posizione e le responsabilità tipiche dell'impresa erogatrice del complesso delle pre-

stazioni sanitarie, ivi inclusa l'attività del chirurgo.

Il fatto poi che la ragazza abbia individuato quella determinata clinica solo grazie alle indicazioni del medico è del tutto irrilevante, del resto il chirurgo dove altro avrebbe potuto operare se non in un istituto ospedaliero e se quest'ultimo ne accetta l'attività deve poi assumersi tutte le responsabilità conseguenti.

Non si può di certo immaginare, aggiunge la Cassazione, che chiunque abbia una specializzazione possa operare all'interno di una struttura sanitaria senza che questa ne abbia previamente verificato i titoli, le capacità, la serietà e l'affidabilità per poi declinare le eventuali responsabilità, adducendo a motivo di averlo solo estemporaneamente ospitato. Un'ospitalità fra l'altro non prestata a titolo gratuito, in questi casi la casa di cura trae vantaggio sicuramente dalla retta pagata dai clienti del medico e non è da escludere l'eventuale corrispettivo pagato anche da quest'ultimo, traendo un utile da queste attività.

Conclude la Cassazione l'impresa ospedaliera non può poi sottrarsi agli eventuali rischi. •

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



PETER PAT, QUANDO I BAMBINI SI INCONTRANO

Patrizia Morelli, medico, è la fondatrice e presidente della Associazione Peter Pat, che ha l'obiettivo di far incontrare in Italia bambini di 9-10 anni, gemellando di volta in volta una classe proveniente da un Paese sviluppato con una classe di un Paese in via di sviluppo attraverso un programma, fatto di giochi e semplici momenti di educazione sanitaria, alimentare, etc., preparato e condiviso coi bambini che ne saranno per primi gli attori e registi. "Per far sì che i nostri bambini di oggi possano essere gli adulti di domani in un mondo in cui sia magari un po' più facile ascoltarsi e capirsi, sia che diventino adulti che scelgano di vivere in Paesi a loro "stranieri", sia che diventino adulti che vivano nel proprio Paese ma imparando a essere più aperti con chi è lontano. Per questo abbiamo bisogno di farci conoscere e aiutare, noi piccoli in mezzo a tante belle e grandi realtà umanitarie. Una bella idea da sola non può navigare: ha bisogno e merita l'aiuto di chi può, facendo tam tam per trovare volontari Enti e Sponsor desiderosi di appoggiarla". Per contattare la dottoressa Morelli si può inviare una email all'indirizzo morellipatrizia@gmail.com, o telefonare al numero 0039 349 8151239. Il sito dell'associazione è invece all'indirizzo www.peterpat.org.



ORGANI COLLEGIALI

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Prof. Eolo PARODI (Presidente)
 Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)
 Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)
 CONSIGLIERI: Dr. Alberto OLIVETI · Dr. Giuseppe GRECO · Dr. Nunzio ROMEO · Dr. Arcangelo LACAGNINA · Prof. Marco PERELLI ERCOLINI · Dr. Gerardo D'URZO · Dr. 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 DALLOCCCHIO · Geom. Carlo SFRISI · Dr. Luigi PEPE · Dr. Alfonso CELENZA · Prof. Salvatore SCIACCHITANO · Dr. Giuseppe GUARNIERI.

COMITATO ESECUTIVO

Prof. Eolo PARODI (Presidente)
 Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)
 Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)
 CONSIGLIERI: Dr. Giuseppe DEL BARONE · Dr. Arcangelo · LACAGNINA · Dr. Benito MELEDANDRI · Dr. Alberto OLIVETI · Dr. Paolo ORIANA.

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

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldreghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - Jupiterimages Unlimited

MENSILE - ANNO XI - N. 8

DEL 22/09/2009

**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

Quota A - pagamento contributi 2009

Il 30 settembre scade la terza rata del contributo obbligatorio Quota A.

Quota B – redditi professionali 2008

Mancato ricevimento modello D: Coloro che non sono in possesso del modello D possono reperirlo sul sito **www.enpam.it**, presso la sede dell'Enpam in Roma - via Torino n. 98 (II piano) o presso gli Ordini dei Medici provinciali.

Ricevimento del bollettino MAV: Coloro che hanno inviato la dichiarazione (modello D) entro il 31 luglio riceveranno il bollettino MAV precompilato con scadenza 31 ottobre. Coloro che, invece, hanno presentato tale dichiarazione successivamente al 31 luglio dovranno attendere il bollettino MAV.

Pagamento del contributo: Il pagamento dovrà essere effettuato non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato e dovrà essere effettuato in unica soluzione, **non sono ammesse rateazioni**. Il bollettino MAV è pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio postale.

Mancato ricevimento del bollettino MAV: 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.

Sanzioni per il ritardato pagamento: Il vigente regime sanzionatorio, in caso di pagamento dei contributi oltre il termine regolamentare, prevede:

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2010);
- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R.) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo.

Variazione dell'indirizzo

1. Medici pensionati

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata al Servizio Prestazioni Fondo Generale obbligatoriamente per il tramite dell'Ordine provinciale di appartenenza.

In caso di cancellazione dall'Ordine inviare direttamente l'apposito modulo disponibile sul sito **www.enpam.it** (MOD.DOMICILIO PENSIONATI) a mezzo posta ordinaria alla Fondazione Enpam, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità.

2. Superstiti pensionati

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente per posta ordinaria alla Fondazione Enpam, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità. In entrambi i casi utilizzare l'apposito modulo disponibile sul sito **www.enpam.it** (MOD.DOMICILIO PENSIONATI).

3. Iscritti attivi

La variazione di residenza deve essere inoltrata all'Ente esclusivamente per il tramite dell'Ordine provinciale di appartenenza. L'eventuale elezione di domicilio può invece essere comunicata anche alla Fondazione Enpam mediante l'apposito modulo (MOD.DOM) disponibile sul sito **www.enpam.it**. La dichiarazione deve essere trasmessa a mezzo raccomandata o tramite fax al numero 06.48.294.913, corredata della copia di un documento d'identità. Per ulteriori informazioni può essere contattato il SAT al numero 06.4829.4829.

Area riservata

Per accedere all'area riservata ed usufruire dei servizi online è necessario essere registrati al sito **www.enpam.it**. Per informazioni riguardanti la registrazione contattare il SAT al numero 06.4829.4829 oppure scrivere a **sat@enpam.it** indicando nome, cognome e recapito telefonico.

Gli utenti registrati possono modificare nel profilo utente i seguenti campi: numero di telefono fisso, numero di telefono cellulare e indirizzo di posta elettronica.

Servizi disponibili per gli utenti registrati:

- compilazione on-line della dichiarazione dei redditi professionali (modello D) soggetti a contribuzione presso il Fondo della Libera Professione Quota B del Fondo Generale;
- visualizzazione dei dati contributivi e dei riscatti;
- dati pensionistici;
- duplicati RAV e MAV smarriti o non ricevuti;
- stampa cedolini di pensione e del CUD;
- attivazione della carta di credito Enpam (accedere all'Area Riservata, selezionare la voce "Carta di credito, Richiesta e servizi connessi" e compilare il modulo di richiesta).

Versamento on-line

Tramite carta di credito Enpam è possibile effettuare il versamento on-line (previa registrazione) dei contributi previdenziali e di tutti i RAV e i MAV inviati dall'Ente.

