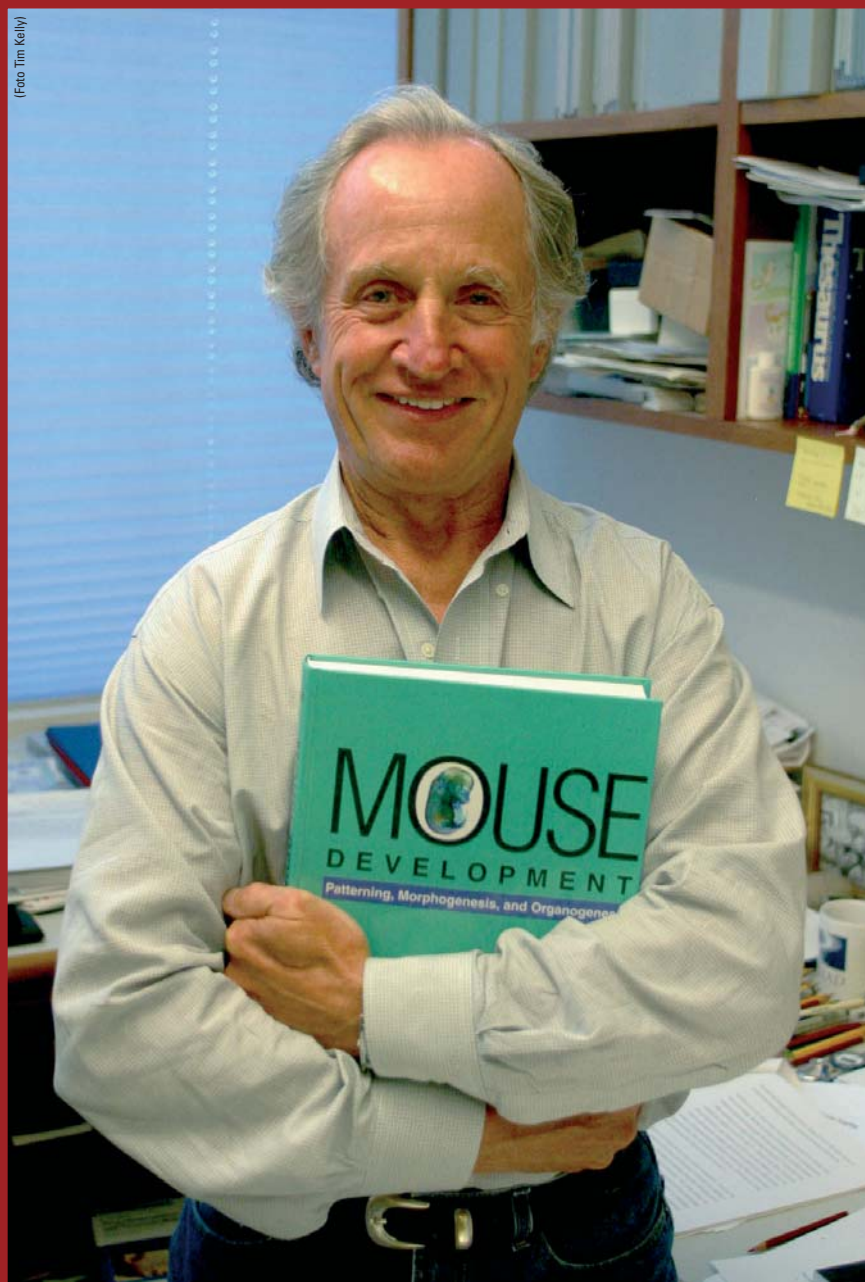


IL GIORNALE DELLA **Previdenza** dei Medici e degli Odontoiatri

(Foto Tim Kelly)



Il Premio Nobel per la medicina Mario Capecchi (alle pagine 20-21 la storia della sua vita)

GIOVANI
Studiare
il futuro
previdenziale

1

PENSIONI
Le differenze
con il sistema
pubblico

4

PREVIDENZA
FondoSanità
per medici
e odontoiatri

6

NORMATIVA
Assistenza
a figli
e parenti

10

INTERVISTE
Giulio Maira
Francesco Fedele
Franco Filippini

da pag. 14

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

- | | | |
|---|--|---|
| 1 Con e per i giovani | 20-21 Vita "vissuta" di un premio Nobel | 46-47 Le recensioni |
| 2 La solidarietà deve crescere | 22-23 Medicina nello spazio | 48 Chikungunya in Italia |
| 3 Le opportunità dell'accordo Inail | 24-25 Un Onder di salute | 49 Pericolo aviaria |
| 4 Mele, pere... e pensioni | 26-27 Hans Berger, medico illustre | 50 Emergenza medica aerea |
| 5 Ultime notizie Enpam | 28-29 Biblioteche di Medicina | 51 L'ultima crociata di Petacco |
| 6-7 Pronto il FondoSanità | 30-31 I bambini "vedono" e "sentono" | 52 Mostre in Italia |
| 8-9 Trattenuta Inpdap, Fondo Credito | 32 Accadde a... Novembre | 53-55 Viaggi, il Tibet |
| 10-11 Assistenza a figli e parenti | 33-39 Congressi, convegni, corsi | 56-57 Delle Piane, volto da attore |
| 12-13 Riscossione dei contributi | 40 Letteratura scientifica | 58 Spot contro il cancro |
| 14-15 L'intervista/1: Giulio Maira | 41 Assistenza nelle cure primarie | 59 La dodecafonia |
| 16-17 L'intervista/2: Francesco Fedele | 42-43 Iniziative sanitarie | 60-61 Lettere al Presidente |
| 18-19 L'intervista/3: Franco Filippini | 44-45 Vita degli Ordini | 62 Nuovo museo filatelico |
| | | 63 L'avvocato |



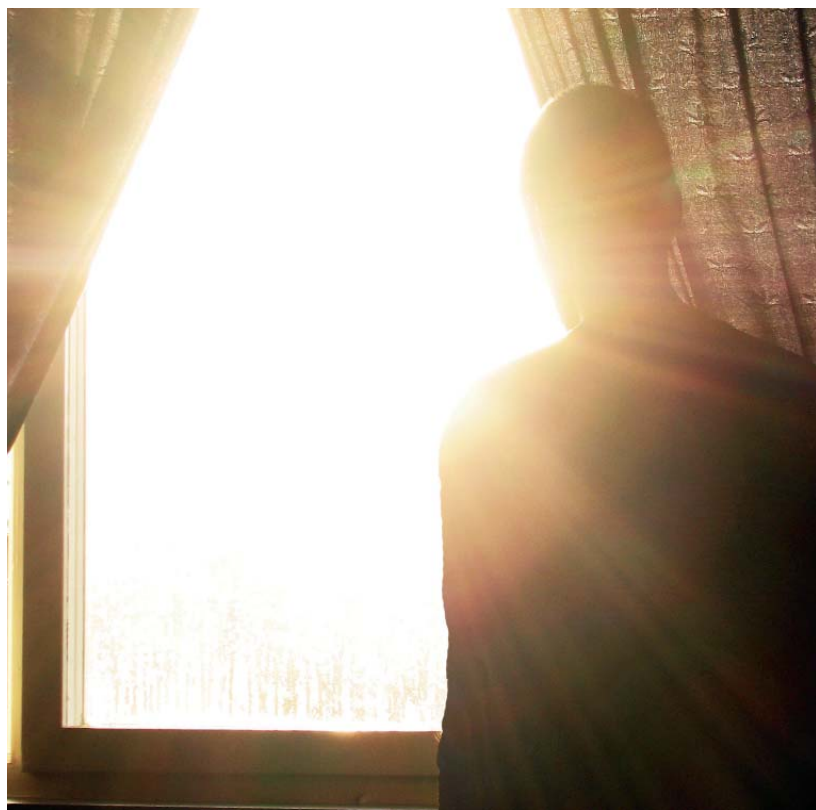
www.enpam.it

Il vostro giornale on line

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA

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





Con e per i giovani

di Eolo Parodi

Al di là dei tanti problemi che registriamo in continuità nel nostro presente, abbiamo però l'obbligo di pensare al futuro. Ho sempre detto che io debbo ragionare come fossi un neo-laureato: perciò occorre un patto intergenerazionale con l'obiettivo di farci conoscere dai giovani, vale a dire da chi, giustamente, ignora il problema previdenziale vista l'esistenza di una distanza temporale e filosofica. Dobbiamo fidelizzarli, utilizzando tutti i canali di comuni-

cazione, ma soprattutto esaminando le possibilità per andare incontro ai loro problemi. I giovani si devono rendere conto che per garantirsi una vecchiaia serena devono costruirsi un concreto "castelletto previdenziale", partendo subito dalla loro immissione nell'area lavorativa, utilizzando, per esempio, i possibili riscatti e i Fondi complementari.

Credo che dovremo cominciare questa azione e questa finalità già nei confronti degli studenti in Medicina. Avremo bisogno dell'Università: essa dovrà mettere in atto lo studio

dei diversi problemi inerenti la responsabilità sociale, con un occhio particolare al periodo post-lavorativo. Dovremo esaminare anche la possibilità di concessione di benefici tipo la nostra polizza sanitaria e iniziative inerenti lo studio (libri di testo, le lingue, eccetera). Ritengo che questi pochi esempi siano fondamentali per costruire una cultura previdenziale, non dimenticando che noi non l'abbiamo mai avuta e che ci siamo accorti dei nostri problemi pensionistici al massimo un anno prima di andare in pensione.

In conclusione, dovremo

agire in ogni maniera per preparare ai giovani un futuro garantito e ricco di benefici. Propongo, quindi, una stretta di mano tra diverse generazioni: percorreremo il futuro insieme. •



*Il Presidente
Eolo Parodi*



di Mario Falconi (*)

Abbiamo ricevuto un'appassionata lettera dai rappresentanti di una associazione di medici in formazione specialistica (S.I.M.S.) che ci ha molto colpiti e che ci deve spingere, come per altro auspica il Presidente Parodi, ad investire risorse ed energie nella formazione alla previdenza sui giovani medici, fin dal periodo di frequenza del corso di laurea in medicina. Ne riportiamo alcuni significativi stralci perché tutti noi possiamo trarne motivi di riflessione e nella speranza che essi possano acquisire sempre più fiducia nel nostro ente previdenziale, al fine di costruire insieme un futuro meno nebuloso e fatto di più solide certezze.

“Il motivo principale che spesso spinge il soggetto all'apprendimento dell'arte medica è il prodigarsi, innato o acquisito che sia, per prevenire o lenire il male altrui. Sì, insomma, quello che motiva la persona ad attendere agli studi medici è proprio il senso d'altruismo che caratterizza l'es-

sere umano. Si osserva però una graduale perdita di entusiasmo per la professione durante l'arco della carriera ed uno scoraggiamento sempre più incalzante per il professionista medico, tale che il tutto determina un insoddisfatto servizio nei confronti dell'utente ed inevitabilmente un divario che annichilisce il buon rapporto medico-paziente [...].

Nel nostro Stato, attualmente vi sono circa 1800 medici abilitati alla professione che sono in attesa del bando per il concorso di specializzazioni. Tali colleghi intanto continuano a lavorare nei reparti, ambulatori e day-hospital, senza uno straccio di copertura assicurativa (se non quella personale) e senza un minimo obolo pecuniario. Questo è svilente per la dignità di un professionista. Il problema, peraltro, non si risolve soltanto con la pubblicazione del bando e della vittoria del concorso [...]. La stragrande maggioranza dei medici in formazione specialistica non sono soddisfatti del sistema formativo delle nostre scuole di specializzazione [...] e vorrebbero avere una migliore qualità professionale dal punto di vista delle competenze [...].

Tutto ciò conduce ad una perdita dell'entusiasmo nella professione sin da quan-

do si è “in erba” e di conseguenza si rischia di alimentare potenziali casi di malasana. Ecco quindi che il giovane medico perde, quasi sin da subito, fiducia nelle istituzioni che lo dovrebbero tutelare e formare e pertanto si allontana sempre di più da quel concetto dell'aderenza tra medico e paziente che può causare danni ai cittadini [...].

Dal 1 novembre del 2006 è entrato in vigore il decreto legislativo n° 368 del 17 agosto del 1999, modificato dalla legge 266/2005, in sostituzione del DLgs 257/1991. Questo decreto sembra restituire dignità al medico in formazione specialistica riconoscendolo come un lavoratore-apprendista. Finalmente si hanno dei riconoscimenti previdenziali e il medico in formazione specialistica viene collocato nell'ambito della “gestione separata” Inps, istituita ai sensi dell'articolo 2, comma 26 della legge n. 335/1995. Trattasi, come è noto di una gestione nata con l'intento di garantire una previdenza anche ai lavoratori autonomi che non posseggono un proprio ente previdenziale di riferimento obbligatorio.

Quello che ci preme evidenziare, per quanto riguarda il discorso pensionistico, è che il medico spe-

cializzando iscritto al proprio Ordine di riferimento contribuisce obbligatoriamente alla “Quota A” dell'Enpam. Perché allora contribuire ad un secondo obbligo legislativo anche all'Inps e non allo stesso Enpam per l'intero compenso riconosciuto al medico in formazione specialistica? I periodi versati alla gestione separata dell'Inps, infatti, verosimilmente non potranno essere pienamente valorizzati ai fini previdenziali, né potranno essere utilizzati per l'istituto della “totalizzazione”. Per fare ciò, infatti, è richiesto un periodo di contribuzione minimo di sei anni. Suona quasi come una presa in giro, poiché l'unica scuola di specializzazione che in Italia ha una durata di sei anni è quella in Chirurgia Generale, tutte le altre hanno durata inferiore.

Inoltre ciò che, comunque, potrebbe precludere l'accesso all'istituto della “totalizzazione” è il fatto che, per espressa previsione legislativa, possono essere utilizzati unicamente periodi di contribuzione non coincidenti con altri periodi di versamenti ad altri istituti di previdenza. I versamenti alla gestione separata dell'INPS rischiano, pertanto, di essere perduti e non serviranno, un do-

mani, ad accrescere la pensione in quanto coincidenti con l'iscrizione alla quota A del Fondo di previdenza generale dell'Enpam. Questa è una nequizia perpetrata in maniera legalizzata a 23.000 medici specializzandi in tutta Italia. Eccoci, quindi, di fronte ad uno dei tanti esempi lampanti e rimarchevoli di come la categoria dei medici in formazione specialistica venga bistrattata. Appare logico a questo punto che se si devono versare

contributi, questi vengano tutti accreditati presso l'Enpam in modo tale che servano ad accrescere la nostra futura pensione, senza rischio alcuno di poterli perdere.

È ora che anche noi giovani medici, che vediamo la pensione come un argomento ancora ben lontano, ci si preoccupi e ci si avvicini alla conoscenza della materia in maniera adeguata e seria fin da ora con il supporto dei nostri Ordini dei medici di riferi-

mento e con quello che sentiamo di più come il nostro Ente previdenziale: l'Enpam".

Il Consiglio di amministrazione dell'Enpam non solo ha sempre caldeggiato la soluzione che i medici specializzandi auspicano ma, interpellato a suo tempo dal ministero della Salute, dette la propria disponibilità a farsi carico della gestione previdenziale dei contributi versati negli anni di specializzazione.

Corre l'obbligo, infine, di ricordare a noi stessi che le fondamenta della previdenza si basano sulla solidarietà intergenerazionale che deve essere alimentata, giorno dopo giorno, con una sana e coerente politica previdenziale. È per questo che l'appello appassionato che i giovani medici ci fanno, va rapidamente raccolto dando loro delle adeguate e coerenti risposte. •

(*) Vice presidente vicario Enpam

L'accordo tra l'Inail e le Organizzazioni sindacali della Fimmg, Simet, Smi (ex Cumì) per le certificazioni di infortunio e di malattia professionale è anche una opportunità previdenziale.

Infatti l'Inail, sui compensi liquidati ai medici per le certificazioni, deve versare all'Enpam, sul conto personale di ciascun sanitario, il contributo previdenziale nella misura del 15% (di cui il 9,375% a carico dell'Inail ed il 5,625% a carico del medico) come previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 23 marzo 2005.

L'accordo prevede che i medici di famiglia (sono fuori i medici che lavorano in strutture del Servizio sanitario nazionale per i quali verrà stipulato un successivo accordo) si impegnano a redigere i certificati di infortunio o ma-

Le opportunità dell'accordo Inail

lattia professionale senza richiesta di onorario al lavoratore, perché pagati direttamente dall'ente assicuratore: euro 27,50 per ogni certificato fino a un massimo di tre, anche se il certificato contempla la franchigia (prognosi sino a tre giorni). Per l'invio on-line spettano ulteriori 5 euro.

Non è previsto alcun compenso per i certificati redatti su modulistica non conforme a quella predisposta dall'Inail ed allegata all'Accordo, redatti in modo incompleto, redatti in occasione della riapertura del caso (ricaduta) con riammissione in temporanea, quelli successivi al terzo o successivi alla "presa in carico" del caso da parte dei medici dell'Inail a partire dall'espletamento della prima visita medica presso le

Strutture Inail, infine quelli non trasmessi nei termini fissati.

In particolare questo accordo prevede: utilizzo di apposita modulistica, tempestività nella trasmissione del certificato (il medico deve inoltrarla entro il primo giorno di attività ambulatoriale successivo alla visita), completezza della certificazione, tempestività della presa in carico dell'Inail dei lavoratori infortunati/ammalati, adempimento della denuncia/segnalazione dei casi nel Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro o a esso correlate.

Ricordiamo che ogni medico, indipendentemente da questo accordo, deve riferire all'Autorità giudiziaria competente (Unità operativa tutela salute lavoro, dove è avvenuto l'infortunio

che a sua volta provvederà ad unirli agli atti di indagine già esistenti e ad inviare il referto alla Procura) i casi di malattia di probabile origine professionale e di infortunio con prognosi superiore ai 20 giorni o/e che presumibilmente daranno luogo ad una lesione perseguibile d'ufficio per cui, indipendentemente dalla prognosi, quelli dovuti a mancanza del rispetto delle norme di tutela per la prevenzione degli infortuni del lavoratore, di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio della professione.

Va tenuto presente che anche in caso di prosecuzione della prognosi per l'infortunio vanno trasmessi i referti.

Per gli infortuni agricoli con prognosi oltre i 3 giorni tutti i medici hanno l'obbligo di inoltrare personalmente la denuncia di infortunio. •

m.p.e.

Mele, pere... e pensioni

di Alberto Oliveti (*)

Fondi Enpam sono a contribuzione definita, commisurata percentualmente alla retribuzione, con finanziamento a ripartizione attenuata da elementi di capitalizzazione, con prestazioni calcolate con il metodo reddituale sui contributi prodotti dal reddito di tutta la vita lavorativa. La pensione si calcola moltiplicando la base pensionabile, cioè il reddito medio annuo rivalutato, per aliquota di rendimento totale scaturente dalla somma aritmetica delle aliquote annuali. La differenza

con il sistema in uso nel Pubblico, originato dalla riforma Dini del 1995, di calcolo della prestazione col metodo contributivo è che l'Enpam assegna al momento dell'incasso del contributo il rendimento pensionistico (calibrato sulle ultime tabelle di sopravvivenza Istat a disposizione, anche se opportunamente corrette per le specificità dei medici iscritti) e non in uscita dal sistema, come avviene appunto nel Pubblico col contributivo.

L'abbassamento dei CT in correlazione all'aumento dell'attesa di vita sconta una latenza eccessiva

Il contributo con il suo rendimento finanziario deve compensare per intero la prestazione pensionistica: questa è l'impostazione propria del sistema reddituale della Fondazione.

Da qui nasce l'esigenza di determinare con la tecnica attuariale la commisurazione tra le due aliquote, l'aliquota di contribuzione per definire i contributi dal reddito prodotto e l'aliquota di rendimento che permette il calcolo della prestazione.

I bilanci attuariali li facciamo ogni tre anni ed adottiamo le conseguenti modifiche se necessarie.

Nel Pubblico, il previsto aggiornamento periodico dei coefficienti di trasformazione (CT) in rapporto agli andamenti demografici della popolazione italiana è a ragione considerato indispensabile per poter garantire l'evoluzione sostenibile della spesa pensionistica pubblica.

Infatti nel sistema contributivo

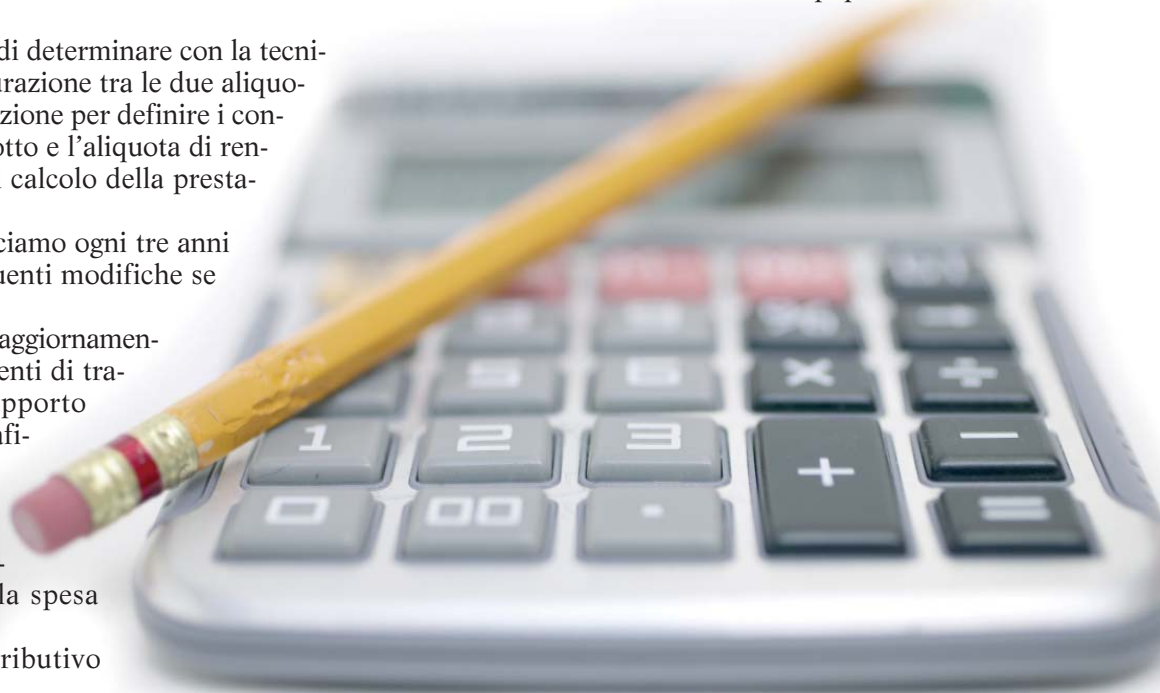
l'età ed il coefficiente di trasformazione sono le due facce di una stessa medaglia.

L'importo della pensione in tal sistema dipende da tutti i contributi versati, rivalutati sulla base dell'andamento della ricchezza del Paese - il prodotto interno lordo - a cui si applica il CT.

Esiste un solo tipo di pensionamento che unifica anzianità contributiva e vecchiaia in una forma flessibile nel periodo di tempo compreso tra i 57 ed i 65 anni.

Ad ogni annualità anagrafica compresa in questo range corrisponde un parametro del CT da moltiplicare per il montante contributivo accumulato, parametro che ovviamente aumenta se si ritarda il pensionamento, assumendo di fatto una funzione incentivante o disincentivante la scelta autonoma della data di quiescenza da parte del contribuente.

I CT sono sottoposti ad una revisione decennale per tener conto dei tassi di mortalità della popolazione, e ben



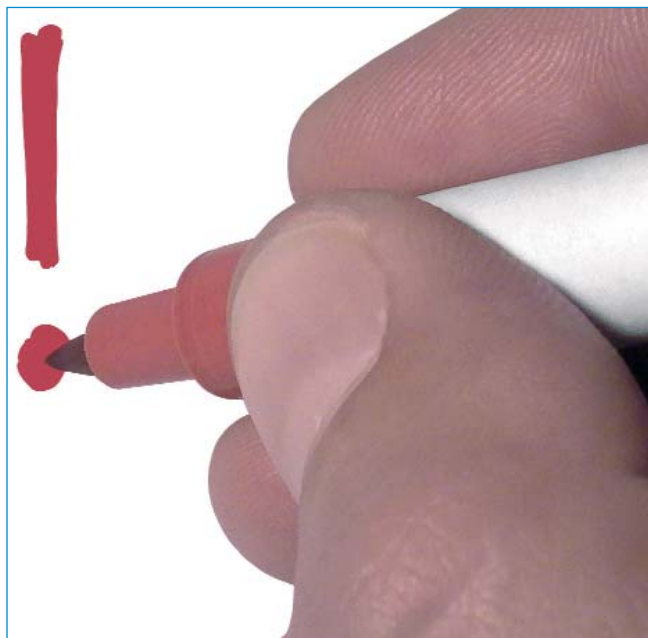
I CT sono sottoposti ad una revisione decennale per tenere conto dei tassi di mortalità

si comprende come tale ampio intervallo porti specie nella fase finale della periodicità decennale ad un effetto distorsivo sulla sua corrispondenza alla reale aspettativa di vita. Infatti l'abbassamento dei CT in correlazione all'aumento dell'attesa di vita sconta una latenza eccessiva per poter svolgere correttamente la sua funzione di equalizzatore tra l'importo della pensione ed il suo periodo di godimento, per mantenere il sistema in equilibrio.

Per cui l'enfasi spesa per l'adozione del sistema contributivo, come soluzione ottimale al problema della corrispondenza effettiva tra quanto versato e quanto poi goduto è a parer mio eccessiva, perché l'equivalenza tra contributi versati e prestazioni da incassare dipende dalla corretta definizione del parametro (il CT) sia nella sua entità che nella scansione temporale, esattamente come nel nostro sistema reddituale avviene per l'aliquota di rendimento.

Del resto basta vedere la pratica: alla sua prima revisione decennale il CT è stato oggetto di una battaglia epocale a presunta difesa dei diritti calpestati dei lavoratori ed infatti la sua applicazione è stata rinviata e nella sua definizione percentuale parte già condizionata dal fatto che è riferito al dato Istat del 2002: nasce cioè già vecchio, in ritardo e dovrà durare dieci anni. Poi il Nucleo di Valutazione della Spesa Previdenziale ci viene a chiedere il rigore per le future generazioni e pretende equilibri prospettici per cinquant'anni!

Noi difendiamo il nostro sistema di calcolo reddituale, facciamo bilanci tecnici ogni tre anni seguiti da rigorosi interventi di correzione - se necessari - per mantenere ora a 30 anni (Finanziaria imperat!) l'equilibrio dei



Fondi e definiamo i tassi tecnici in base alle nostre specificità di redditività del Patrimonio e di rivalutazione delle prestazioni.

Certo che sentirci respingere dai ministeri vigilanti le nostre proposte di inasprimento delle prestazioni, come è successo per la revisione della riserva matematica dei riscatti, adducendo la giustificazione che non abbiamo adottato il tasso tecnico proprio del contributivo - che noi non adottiamo in quanto abbiamo un calcolo reddituale -, ci porta ad alcune considerazioni: quella tecnica è che così ci teniamo la vecchia Riserva matematica basata sull'attesa di vita del 1982 e regaliamo soldi a chi riscatta, quella politica è che così la ventilata autonomia responsabile è una favola, quella malevola è che mele e pere non si dovrebbero tra loro confrontare. •

(*) *Consigliere Enpam*

ULTIME NOTIZIE

• Il 30 novembre 2007 scade il termine per il pagamento della quarta rata del contributo minimo generale ("Quota A").

• Gli iscritti nati nel 1943 entro il mese di novembre riceveranno una nota informativa sulle modalità di accesso al pensionamento presso il

Fondo di previdenza generale. La domanda di pensione dovrà essere inoltrata dopo il compimento del 65° anno di età.

• Per gli iscritti attivi: la variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata al servizio Contributi minimi del Fondo generale. Obbliga-

toriamente per il tramite dell'Ordine di appartenenza. L'indirizzo di recapito postale invece può essere comunicato anche direttamente al medesimo servizio per posta ordinaria a: Enpam - Servizio Contributi minimi del Fondo generale - Via Torino 38 - 00184 Roma o tramite fax con copia di un documento al n. 06 48294913.



Previdenza complementare pronto il FondoSanità

Per ora è destinato a tutti i medici e odontoiatri iscritti all'Enpam. Motivo d'orgoglio per la nostra Fondazione prima tra le Casse che possono aderirvi

di Ernesto del Sordo (*)

Con l'approvazione dello Statuto del Fondo da parte della Covip in data 26 luglio 2007 si è, com'è noto, felicemente concluso, con largo anticipo rispetto alla tempistica prevista, l'iter procedurale avviato nei mesi scorsi dalla Fondazione, d'intesa con l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (Andi) e FondoDentisti, per la trasformazione di quest'ultimo Fondo in un più ampio e nuovo strumento di previdenza complementare destinato non più solo agli odontoiatri ma all'intera platea degli iscritti all'Enpam. A "FondoSanità", peraltro, potranno

aderire anche gli iscritti agli altri Enti di previdenza delle categorie professionali operanti nel settore sanitario, previa apposita delibera della Cassa. È, altresì, prevista la possibilità di adesione anche per i soggetti fiscalmente a carico degli iscritti al Fondo.

L'obiettivo raggiunto rappresenta per la Fondazione motivo di orgoglio e di soddisfazione per essere stata la prima ed al momento unica tra le Casse professionali ad aver favorito, in attuazione della legge n. 243/2005, l'istituzione di un fondo pensione chiuso destinato ai propri iscritti.

L'iniziativa ha, peraltro, subito trovato positiva eco

nel più vasto settore sanitario. L'Ente nazionale di previdenza ed assistenza della professione infermieristica (Enpapi) si è, infatti, già attivato per favorire l'ingresso dei propri iscritti al Fondo.

Presso il ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, in data 30 luglio 2007, è stato sottoscritto da Enpam, Andi, ed Enpapi un verbale di accordo per l'adesione a "FondoSanità" degli infermieri professionisti.

In tale sede il ministro del Lavoro ha preso atto con compiacimento della volontà espressa dalle parti di voler attuare concrete iniziative intese ad assicurare più elevati livelli di copertura previdenziale

per gli operatori del settore sanitario, sottolineando che "l'impulso per l'attuazione della previdenza di secondo pilastro rappresenta una scelta di alto valore sociale indirizzata a migliorare le performance pensionistiche nell'ottica dell'ottimizzazione delle tutele previdenziali".

Dopo che Enpapi avrà formalizzato i necessari atti deliberativi per l'adesione al Fondo e che, eventualmente, altre Casse di previdenza delle categorie sanitarie (farmacisti, veterinari, psicologi, biologi ecc.) dovessero seguire il percorso degli infermieri, "FondoSanità" dovrebbe poter contare su un significativo bacino di utenza, stimato in oltre un milione di potenziali aderenti.

Al momento, comunque, completata la fase organizzativa della struttura di supporto, il Fondo è pienamente operativo per tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Enpam che svolgono la libera professione, per i convenzionati ed anche per i dipendenti, con onere diretto a proprio carico, in quanto iscritti alla "Quota A" del Fondo di previdenza generale.

Mentre per i medici e gli odontoiatri dipendenti privati la possibilità di conferire a "FondoSanità" il Tfr, limitatamente alla quota di propria spettanza, potrebbe a breve trovare positivo riscontro da parte dell'Autorità di vigilanza, per i medici e gli

odontoiatri dipendenti pubblici tale opportunità è al momento preclusa dal particolare regime dell'indennità di buonuscita vigente per il personale delle pubbliche amministrazioni. Non è, comunque, da escludere a priori che, in futuro, in mancanza di un fondo pensione istituito con accordo tra l'Aran e le OO.SS. di comparto, la medesima contrattazione collettiva possa eventualmente prevedere per gli interessati un percorso per aderire a "FondoSanità". La stagione delle riforme previdenziali, avviata con la legge delega del 1992 e resa concreta dal riordino organico recato dalla legge n. 335/1995, ha orientato il nostro sistema nella direzione di un modello misto all'interno del quale convivono una pluralità di istituti che insieme concorrono alla realizzazione dell'obiettivo previdenziale.

È indubbio che le forme di previdenza complementare, se pur facoltative, costituiscono parte integrante e sostanziale del sistema ed insieme alla previdenza obbligatoria concorrono ad adempiere al precetto di cui all'art. 38 della Costituzione.

I fondi pensione ad ambito definito, come "FondoSanità", che costituiscono la forma tecnica prevalente di previdenza complementare, rappresentano, quindi, ben più di meri strumenti del risparmio gestito in quanto costituiscono istituti

Possibilità di potenziare la propria tutela previdenziale

fondativi di un sistema ispirato a più rilevanti interessi generali.

L'introduzione di forme di previdenza di secondo pilastro si colloca, quindi, all'interno del sistema previdenziale e trova fondamento nell'esigenza di neutralizzare la riduzione della copertura assicurativa della previdenza di base connessa ai ben noti fattori demografici ed all'allungamento dell'aspettativa di vita della popolazione.

Con la costituzione di "FondoSanità" viene, perciò, concretamente offerta la possibilità ai medici ed agli odontoiatri e, verosimilmente, anche alle altre categorie di professionisti operanti nella vasta area sanitaria di potenziare la propria tutela previdenziale salvaguardando l'adeguatezza del livello di reddito disponibile nell'età avanzata.

Se questo è lo scenario vediamo, in particolare, quali sono alcuni vantaggi dell'adesione al Fondo.

In primo luogo "FondoSanità" quale fondo chiuso di cate-

goria, pur dovendo remunerare la gestione amministrativa - finanziaria, presenta costi gestionali molto bassi, di gran lunga inferiori a quelli di altre forme di accumulo previdenziale ovvero di altri fondi pensione aperti e/o Pip. Ciò in quanto possono essere sfruttate non solo possibili economie di scala che diventano effettive al crescere della dimensione del fondo, ma anche economie di mercato per non dover ricorrere ad una rete remunerata di intermediari.

Non meno rilevanti sono le considerazioni di natura fiscale: se, come è noto, da un lato la riforma della fiscalità relativa alla previdenza complementare, recata dal decreto n. 252/2005, ha conservato la medesima tassazione dei fondi pensione (ma anche dei rendimenti del Tfr) dall'altro

ha introdotto una tassazione agevolata sulla prestazione previdenziale.

Per quanto, infine, riguarda il rischio di mercato va evidenziato che per i fondi pensione lo stesso è decisamente contenuto perché, operando su un orizzonte temporale medio-lungo, la volatilità di breve periodo tende a diluirsi per effetto della compensazione tra fasi di crescita e fasi di calo dei mercati. Nello specifico, inoltre, essendo "FondoSanità" strutturato come fondo multi-comparto, è possibile salvaguardare i risultati raggiunti passando progressivamente e gratuitamente (switch) da un comparto più esposto ad uno meno aggressivo in modo che l'iscritto possa trovarsi, nei primi anni (in giovane età), con forme di investimento più dinamiche e, negli ultimi anni (in età avanzata), in un comparto più tranquillo e sicuro.

Con "FondoSanità" viene, perciò, offerta una importante opportunità che se non deve assolutamente essere trascurata dai giovani, che solo attivando per tempo forme di previdenza di secondo pilastro potranno costituirsi un sereno futuro pensionistico, non di meno deve essere attentamente valutata dai meno giovani rappresentando, comunque, nel contempo un interessante e proficuo utilizzo della propria capacità di risparmio. •

(*) Vice direttore generale Enpam





Trattenuta Inpdap Fondo Credito

Nuova trattenuta introdotta da un Decreto ministeriale di quest'anno finalizzata alla gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali. La posizione Enpam

di Giovanni Vezza (*)

Il Decreto ministeriale n. 45/2007 ha introdotto una nuova trattenuta a carico dei pensionati Inpdap (in massima parte ex dipendenti pubblici) e dei dipendenti o pensionati di enti ed amministrazioni pubbliche che non versano all'Inpdap il contributo a fini pensionistici (si tratta per lo più dei pensionati e dei dipendenti parastatali, quindi di Inps, Inail, e di alcune realtà locali).

Questa trattenuta è finaliz-

zata all'iscrizione automatica alla Gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali costituita presso l'Inpdap, ed è pari allo 0,15% per i pensionati ed allo 0,35% per i dipendenti in attività. In sostanza, su un reddito lordo di 60.000 euro, il lavoratore in servizio pagherà circa 210 euro l'anno ed il pensionato circa 90.

Dall'adesione alla gestione del credito Inpdap derivano certamente alcuni vantaggi. Questa gestione garantisce infatti la possibi-

lità di fruire di prestazioni del tipo creditizio e sociale.

Le prestazioni creditizie sono costituite da piccoli prestiti rimborsabili in 12, 24, 36 o 48 mesi; prestiti pluriennali con cessione del quinto dello stipendio, corrisposti direttamente o garantiti dall'Inpdap; e mutui ipotecari edilizi per l'acquisto della prima casa a 10, 15, 20, 25 o 30 anni.

Le prestazioni sociali riguardano anche i pensionati, con case albergo, sog-

giorni senior e interventi assistenziali per i malati di Alzheimer. Vengono previsti inoltre benefici per i giovani, che possono fruire dell'ammissione a convitti e godere di vacanze studio in Italia e all'estero, borse di studio, master e dottorati di ricerca.

L'iscrizione e la conseguente trattenuta decorrono automaticamente dal 1° novembre 2007. Chi non vuole aderire può manifestare la propria volontà entro e non oltre il 31 ottobre 2007, preferibilmente attraverso il modulo pubblicato sul sito ufficiale dell'Inpdap. Se non si esprime la volontà di non adesione entro questo termine, c'è ancora un'altra possibilità: utilizzare lo strumento del recesso entro sei mesi a partire dalla prima trattenuta.

Ma proviamo ora a guardare la situazione specificamente dal punto di vista dei medici e degli odontoiatri. In primis, occupiamoci dei pensionati:

- i pensionati Enpam non hanno nulla da temere, perché si tratta di liberi professionisti o convenzionati, quindi fuori dall'ambito di applicazione della legge;

- i pensionati Inpdap (ex ospedalieri, ex medici condotti, ecc.) debbono comportarsi come tutti i pensionati Inpdap: entro il 31 ottobre 2007, se non intendono fruire delle prestazioni del Fondo Credito, debbono presentare domanda

di rinuncia, altrimenti dal 1° novembre 2007 partirà la trattenuta a loro carico;

- i pensionati di altri Enti, quali Inps ed Inail, non debbono preoccuparsi se hanno svolto la loro attività come dipendenti privati, mentre debbono presentare la domanda di rinuncia all'ente che eroga loro la pensione, se invece il loro trattamento deriva da un'attività alle dipendenze di enti ed amministrazioni pubbliche (come appunto proprio Inps ed Inail).

Per quanto riguarda i medici e gli odontoiatri in attività, invece occorre distinguere:

- i medici dipendenti pubblici (dagli ospedali, dalle Asl, dalle Università), nella loro stragrande maggioranza, sono iscritti di diritto all'Inpdap a fini pensionistici e quindi non possono evitare la trattenuta al Fondo Credito;
- i medici dipendenti privati (case di cura) iscritti all'Inps ed i medici liberi professionisti e convenzionati iscritti all'Enpam non debbono far nulla perché non possono in nessun caso essere iscritti al Fondo Credito;
- i medici dipendenti di enti ed amministrazioni pubbliche che non sono iscritti all'Inpdap a fini pensionistici (principalmente dipendenti di Inps ed Inail), saranno invece iscritti al Fondo Credito e quindi, per evitare la trattenuta, debbono presentare la relativa domanda nei termini fissati.

Le prestazioni sociali riguardano anche i pensionati

Un discorso a parte va fatto per quei medici (già specialisti ambulatoriali, oppure addetti alla continuità assistenziale, all'emergenza territoriale ed alla medicina dei servizi), i quali, essendo transitati dallo status di convenzionati a quello di dipendenti, hanno scelto, sulla base di specifiche disposizioni normative, di mantenere la preesistente iscrizione previdenziale all'Enpam.

Al fine di evitare disparità di prelievo, l'Enpam, con riferimento a questi professionisti, aveva originariamente espresso il

parere che – fermo restando il versamento dei contributi a fini pensionistici al Fondo dei medici di medicina generale o degli specialisti ambulatoriali dell'Enpam - dovessero essere conservati tutti gli altri adempimenti in favore dell'Inpdap: fra questi il versamento dei contributi per il trattamento di fine servizio (o di fine rapporto) e appunto quelli per l'iscrizione al Fondo Credito, che si riteneva fosse obbligatoria.

Le recenti innovazioni normative, al contrario, costituiscono interpretazioni autentiche della precedente disciplina, nel senso che l'iscrizione al Fondo Credito dei transitati alla dipendenza deve ritenersi a questo punto facoltativa, essendo essi, come previsto dall'art. 1, comma 1, lettera a) del Decre-

to 7 marzo 2007, n. 45 “dipendenti di enti e amministrazioni pubbliche [...] iscritti a fini pensionistici presso enti o gestioni previdenziali diverse dall'Inpdap”.

Questi medici, quindi, presentando apposita domanda entro e non oltre il 31 ottobre possono chiedere di non essere iscritti al Fondo Credito e sottrarsi alla relativa trattenuta. Nella maggior parte dei casi, invece, non potranno fruire dell'ulteriore proroga semestrale, dal momento che il passaggio alla dipendenza, e con esso l'inizio della trattenuta al Fondo Credito, è generalmente avvenuto ben prima di sei mesi fa.

La norma di cui all'art. 2 del citato Decreto (che contempla appunto la possibilità di recedere dall'iscrizione entro il termine di sei mesi dal pagamento della prima mensilità di retribuzione sulla quale sia stata applicata la ritenuta) resta invece utile per tutti quei professionisti che continueranno nei prossimi mesi ad essere inquadrati nella dipendenza da tutte le Regioni che sono in ritardo nell'applicazione della relativa procedura. Un motivo in più (oltre quello, ben più importante, del migliore rendimento previdenziale) per scegliere di mantenere l'iscrizione ai Fondi dell'Enpam. •

(*) *Dirigente Enpam*



Assistenza a figli e parenti, che cosa prevede la legge

Alcune assenze dal lavoro dell'ospedaliero per maternità e la loro ripercussione sulla busta-paga e sulla previdenza. Un'ampia casistica che comprende anche i parenti disabili gravi

di Marco Perelli Ercolini (*)

Le leggi sulla tutela della maternità prevedono la possibilità di assenze dal lavoro per la madre e/o il padre per l'assistenza al figlio o a parenti disabili, ma non tutte danno diritto alla retribuzione totale o parziale e soprattutto danno diritto alla copertura previdenziale.

Può dunque essere utile una breve disamina dei principali eventi che permettono l'assenza giustificata dal lavoro e i risultati che ne derivano, rimandando per maggiori approfondimenti alla trattazione sulla lavoratrice madre medico di cui è appena uscita la seconda edizione aggiornata al 30 settembre 2007, pubblicata sul sito della Fondazione Enpam e di cui si può chiedere gratuitamente il CD direttamente o tramite il proprio Ordine.

Assenze giustificate per esami prenatali

La legge riconosce alla donna lavoratrice il diritto ad assentarsi dal lavoro per sottoporsi agli esami prenatali.

Le ore di assenza per gli esami prenatali vengono



retribuite normalmente e danno lo stesso trattamento della "malattia dovuta a gravidanza".

Tuttavia le ore di assenza per gli esami prenatali non si cumulano con le assenze per malattia comune.

Sicurezza e salute sul luogo di lavoro

La legge di tutela della maternità fa divieto di adibi-

re la donna durante la gravidanza e per sette mesi dopo il parto a "lavori pericolosi, faticosi ed insalubri".

La lavoratrice in stato di gravidanza va spostata ad altre mansioni e qualora ciò non sia possibile va concessa l'astensione anticipata, con le stesse norme di tutela per l'astensione obbligatoria.

Astensione obbligatoria per maternità

Si tratta dei due mesi prima dei tre mesi dopo il parto (oppure un mese prima e quattro dopo la nascita del figlio).

Durante l'astensione obbligatoria la lavoratrice ha diritto alla piena retribuzione e il periodo dà diritto al riconoscimento dei contributi figurativi agli effetti previdenziali.

Astensione facoltativa per maternità

È il periodo di assenza volontaria dopo il termine dell'astensione obbligatoria sino all'ottavo anno di vita del figlio; può durare fino a undici mesi e va divisa in due tronconi:

- il primo riguarda l'iniziale periodo di assenza per un massimo di sei mesi complessivi tra madre e padre da effettuare entro i primi tre anni di vita del bambino. Agli effetti retributivi spetta il 30 per cento della retribuzione fatti salvi i primi trenta giorni con retribuzione piena. Spetta la copertura previdenziale al 100 per cento.
- il secondo si riferisce alla restante parte dell'assenza che raggiunge tra i due genitori i 10 mesi, elevati a 11 se il padre si assenta dal lavoro per almeno tre mesi continuativi. Per questi periodi eccedenti i sei mesi come per quelli dopo il terzo anno, l'indennità di maternità pari al 30 per cento della retribuzione spetta solo se la retribuzione individuale è inferiore a 2,5 volte l'importo della

pensione minima Inps; agli effetti previdenziali l'accredito figurativo spetta per tutto il periodo ma è ridotto.

Riposi giornalieri

Fino al compimento di un anno di vita del bambino in caso di ripresa lavorativa spettano due ore al giorno di permesso con diritto di uscire dal posto di lavoro, se l'orario di lavoro è pari o supera le sei ore e un'ora solo se l'orario di lavoro è inferiore; in caso di parto plurimo gli orari di permesso sono raddoppiati e l'orario eccedente può essere usufruito dal padre.

Il trattamento economico è previsto al 100 per cento in quanto questi permessi sono considerati ore lavorative ad ogni effetto. La copertura previdenziale è figurativa.

Malattie del bambino

In caso di documentata malattia la madre e il padre in alternativa possono assentarsi senza limiti sino al terzo anno di vita del bambino, senza diritto alla retribuzione, fatti salvi i primi 30 giorni per ogni anno di vita del bambino come congedo retribuito. È previsto il pieno diritto alla copertura previdenziale.

Per le malattie del bambino dai tre agli otto anni, l'assenza è riconosciuta per un massimo di cinque giorni ogni anno per ciascun genitore. Non spetta alcuna retribuzione e la copertura previdenziale è ridotta cioè v'è diritto ai

contributi figurativi calcolati su un valore retributivo pari al 200 per cento dell'assegno sociale Inps.

Figli con handicap sino ai tre anni di età

Se il figlio minore di tre anni ha un handicap grave e non è ricoverato in istituti specializzati a tempo pieno, i genitori possono, usufruire del prolungamento dell'assenza facoltativa oppure, in alternativa, del permesso giornaliero, sino al



compimento dei tre anni cogli stessi benefici economici e previdenziali previsti per queste assenze.

Figli con handicap oltre i tre anni di età

Se il figlio con più di tre anni ha un handicap grave e

non è ricoverato in istituti specializzati a tempo pieno, i genitori cumulativamente hanno diritto a tre giorni di permesso al mese completamente retribuiti e sono coperti ai fini previdenziali da contribuzione figurativa piena, calcolata sulla retribuzione effettiva.

Parenti gravi disabili

Il permesso di tre giorni al mese spetta anche al di fuori dell'assistenza rivolta ai figli.

ne e ai contributi figurativi pieni.

Congedo straordinario per handicappati gravi

I genitori o, in caso di loro decesso, i fratelli e le sorelle di grave disabile hanno diritto ad un congedo straordinario dal lavoro per un massimo di due anni durante la vita lavorativa.

Hanno diritto alla retribuzione durante l'assenza e alla contribuzione figurativa entro il tetto dei 70 milioni annui lordi.

Decessi e documentate gravi infermità

Per il decesso o per la documentata grave infermità del coniuge, del convivente, o di un parente entro il secondo grado, il lavoratore ha diritto a tre giorni lavorativi annui di permesso pienamente retribuito e coperto dai contributi obbligatori.

Congedo per gravi motivi familiari

Si può chiedere senza assegni e senza copertura previdenziale un congedo (continuativo o frazionato) per la durata massima di due anni durante tutta la vita lavorativa per gravi motivi che riguardano la famiglia anagrafica, i parenti entro il terzo grado.

Il periodo è coperto ai fini del trattamento di quiescenza da contribuzione figurativa nei limiti previsti dei 70 milioni di lire di indennità indicizzata annualmente. •

(*) Consigliere Enpam

Riscossione dei contributi per i redditi del 2006

Presentazione del Modello D, emissione dei bollettini Mav e modalità di pagamento



di Vittorio Pulci (*)

Sono in pieno svolgimento le consuete attività connesse alla lavorazione delle dichiarazioni reddituali presentate tramite il "Modello D" ed all'emissione dei bollettini Mav per la ri-

Il mancato ricevimento del bollettino non esonera dal pagamento del contributo

scossione del relativo contributo.

Ad oggi, sono pervenuti oltre 95mila Modelli D cartacei, per i quali si è già proceduto alla lettura automatizzata dei dati in essi contenuti. Circa 20mila professionisti hanno preferito utilizzare il servizio di dichiarazione telematica dei redditi, riservato agli utenti registrati presso l'Area riservata del sito web della Fondazione (www.enpam.it). Tale preferenza è riconducibile alla semplicità di utilizzo del portale Internet ed al tempestivo riscontro dell'avve-

nuta ricezione della dichiarazione reddituale, assicurato mediante l'invio di una e-mail di conferma all'iscritto.

Gli Uffici della Fondazione, a seguito dell'elaborazione dei dati ricavati dalla lettura automatizzata dei modelli, hanno determinato l'importo del contributo dovuto detraendo dal reddito professionale dichiarato l'importo già assoggettato a contribuzione mediante il versamento del contributo "Quota A" del Fondo di previdenza generale.

Si è proceduto, quindi, al-

GLI ERRORI PIÙ FREQUENTI

- Dichiarazione di un importo netto comprendente anche il reddito derivante dall'attività svolta in convenzione con il Ssn (ad esempio, medicina generale) e quindi già soggetto a contribuzione presso i Fondi speciali Enpam;
- Indicazione del reddito netto professionale già decurtato della parte di reddito assoggettata a contribuzione "Quota A";
- Mancata comunicazione dei redditi derivanti da attività professionale *intramoenia*.

In questi casi i professionisti, per perfezionare il procedimento di rettifica, devono trasmettere (anche via fax al n. 06.48294.922) la seguente documentazione:

- **Modello unico**: seconda pagina del frontespizio con l'indicazione dei quadri compilati; Quadri RC, RE, RH, RL (se compilati);
- **sostituti di imposta rilasciati dalla Asl** (se professionista convenzionato con il SSN);
- **Cud/Modello 730** (se dipendente);
- copia di un documento di identità in corso di validità;
- recapito telefonico.

l'emissione di circa 108mila bollettini Mav, relativi ad altrettanti iscritti tenuti al versamento del contri-

buto "Quota B", per un importo complessivo di oltre 242 milioni di euro.

Il relativo pagamento deve essere effettuato in un'unica soluzione (non sono ammesse rateazioni) entro il 31 ottobre del corrente anno e comunque non oltre il termine indicato sul bollettino Mav precompilato (pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale) spedito dalla Banca Popolare di Sondrio.

**Sul sito
www.enpam.it
è attivato
un servizio
di stampa
on-line
del duplicato
del bollettino Mav**

Unitamente al Mav è stato inviato all'iscritto un prospetto esplicativo del calcolo effettuato per determinare l'importo del contributo posto in riscossione, con l'indicazione del reddito professionale acquisito e delle aliquote contributive applicate.

Il mancato ricevimento del bollettino (dovuto alla non tempestiva comunicazione dell'avvenuta variazione di residenza ovvero ad un disguido postale) non esonera dal pagamento del contributo. In tal caso l'iscritto è tenuto a contattare tempestivamente la Banca Popolare di Sondrio al numero verde 800.24.84.64, la quale provvederà all'invio di un duplicato del Mav, ov-



Circa 20mila professionisti hanno utilizzato il servizio di dichiarazione telematica dei redditi, riservato agli utenti registrati presso l'Area riservata del sito web della Fondazione www.enpam.it

vero fornirà le istruzioni necessarie per effettuare comunque il pagamento di quanto dovuto entro i termini regolamentari.

Per gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it da quest'anno sarà attivato in via sperimentale un servizio di stampa on-line del duplicato del bollettino Mav. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito.

Si ricorda, infine, che i contributi previdenziali obbligatori – compresi quelli dovuti al Fondo della Libera Professione - Quota B del Fondo Generale – sono interamente deducibili dall'imponibile fiscale, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lett. e), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).

(*) *Dirigente Enpam*



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 2008);
- 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.

I NUMERI DELLA RISCOSSIONE

Sono stati emessi **107.436** bollettini Mav per un importo pari a oltre 242 milioni di euro.

4.397 iscritti hanno dichiarato un reddito professionale netto inferiore a quello già soggetto a contribuzione "Quota A". A tali professionisti è stata inviata una lettera con la quale è stato comunicato che per i redditi relativi all'anno 2006 non è dovuto alcun contributo alla "Quota B" del Fondo generale.

Per **991** iscritti il contributo dovuto è risultato inferiore a 12 euro. Ad essi è stata trasmessa una nota con la quale si fa presente che, conformemente a quanto deliberato dal Consiglio di amministrazione dell'Ente il 3 marzo 2005, non si procederà all'emissione dei relativi Mav, ma il contributo sarà comunque considerato ad ogni fine come effettivamente versato.

Circa **1.500** iscritti hanno inviato due o più dichiarazioni reddituali. Si è reso, perciò, necessario espletare una lavorazione manuale di tali documenti, volta a individuare il modello corretto da utilizzare ai fini del calcolo del contributo dovuto.

Circa **500** iscritti hanno erroneamente compilato il Modello D. Gli interessati, nella maggior parte dei casi sono già stati contattati dagli Uffici ed hanno provveduto a regolarizzare la propria posizione mediante l'invio di una dichiarazione integrativa.

di Carlo Ciocci

Come nasce in lei l'amore per la neurochirurgia?

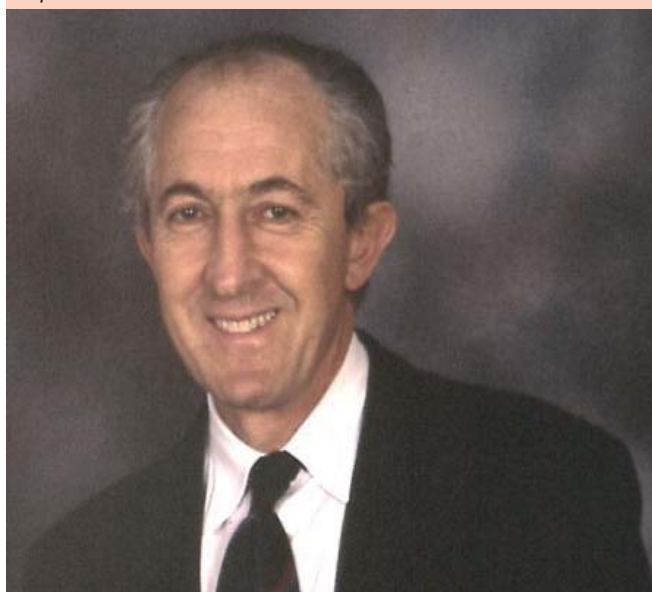
La tesi che preparai per laurearmi recava il titolo "Le proiezioni delle afferenze vagali polmonari nel tronco dell'encefalo". Ciò dimostra che già a quei tempi sentivo che la neurochirurgia sarebbe stata la mia strada. Dopo la laurea, poi, sono entrato al Policlinico Gemelli perché proprio in quegli anni aveva visto la luce l'Istituto di neurochirurgia guidato dal professor Gianfranco Rossi. Questi era anche un ricercatore e dava modo a noi, alle prime armi, di approfondire tutte le problematiche connesse al cervello.

Ha studiato anche all'estero?

Dopo la specializzazione, nel '72 con la tesi "L'idrocefalo normoteso nell'adulto", mi misi alla ricerca di centri specializzati in neurochirurgia: approdai a Zurigo, Chicago ed in Canada. In Canada, in particolare, incontrai l'uomo che era considerato, a livello mondiale, l'"astro nascente" della neurochirurgia: Jules Hardy. Il professore si occupava in particolare della chirurgia dell'ipofisi ed in quel contesto imparai le tecniche chirurgiche che permettevano di operare l'ipofisi raggiungendola attraverso il naso: si trattava dei primi approcci alla base cranica per via ex-

Il prof. Giulio Maira dopo la specializzazione in Neurochirurgia diviene, nel 1983, professore associato presso l'Università Cattolica di Roma. Dal '94 al '98 è titolare della Cattedra di Neurochirurgia presso l'Università di Perugia e dirige l'Unità organica di neurochirurgia di Terni. Insegna neurochirurgia presso la libera Università "Campus Bio-Medico" di Roma ed è titolare della Cattedra di neurochirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore

Il prof. Giulio Maira



Le mani nel cervello

La formazione professionale svolta in Canada. La sperimentazione di tecniche operatorie che consentono, per diverse patologie, di escludere l'intervento intra-cranico. L'innovazione tecnologica, prima fra tutte l'uso del laser ed il suo impiego negli aneurismi cerebrali.

La ricerca sulle cellule staminali e la collaborazione con il Consiglio nazionale delle ricerche. Le caratteristiche richieste ad un neurochirurgo

tra-cerebrale. Sino ad allora la base del cervello si raggiungeva con intervento intra-cranico, tecnica particolarmente rischiosa. Il professor Hardy non solo sperimentò questa innovativa tecnica chirurgica, ma fu il primo a comprendere le funzioni dell'ipofisi. Ricordo quegli anni come un periodo di svolta, anni di grande fermento dal punto di vista dell'evoluzione della neurochirurgia.

Vi furono in quel periodo anche innovazioni tecnologiche?

Gli anni '70 furono soprattutto gli anni di applicazione alla neurochirurgia delle tecniche microchirurgiche. L'uso del microscopio chirurgico rappresentò una grande svolta con un netto miglioramento dei risultati e lo sviluppo di nuovi approcci chirurgici.

Negli anni '70 si registrarono anche altre innovazioni tecnologiche: forse prima fra tutte l'uso del laser. Il laser vide la luce nel '67 ed insieme al professor Hardy scrivemmo sulla stampa scientifica il primo articolo sull'applicazione del laser negli aneurismi cerebrali: in pratica si riportava la ricerca da noi effettuata su animali nei quali veniva indotto l'aneurisma per bombardarlo, successivamente, con il laser determinandone la scomparsa. A proposito delle mie esperienze all'estero mi corre l'obbligo ricordare

Si stima che il 5% della popolazione presenti un aneurisma intracranico

anche la collaborazione con il professor Gazi Yasargil, a Zurigo, con il professor Drake a London Ontario, con il professor Maji Samii ad Hannover.

Tornato in Italia?

Una volta rientrato applicai le nuove tecniche compreso l'utilizzo del microscopio e prese il via la microchirurgia applicata ai tumori della base cranica ed alla chirurgia degli aneurismi. Inoltre ci concentrammo sull'epilessia, sull'idrocefalo e la pressione intracranica. Durante il mio lavoro a Terni intensificai anche l'attività di ricerca, stringendo un gemellaggio con l'Università di Baltimora. Tornato a Roma dopo l'esperienza umbra, nel 2001 cercai di potenziare l'attività di ricerca creando io stesso un'associazione, Atena, Associazione terapie neurochirurgiche avanzate, con lo scopo di far ricerca su tre campi importanti delle neuroscienze, e cioè i tumori cerebrali maligni - terapia genica -, le malattie neurodegenerative - uso di cellule staminali - e la genetica degli aneurismi intracranici. Per quanto riguarda quest'ultima malattia è bene ricordare che si calcola che il

5% della popolazione presenti un aneurisma intracranico con un rischio di rottura che se si verifica comporta il 50% di possibilità di morte dell'individuo che ne è colpito. Fortunatamente solo una piccola percentuale di aneurismi sono destinati a rompersi ed il nostro studio era teso proprio a comprendere se esiste un fattore genetico che favorisse questo processo. Dal nostro studio emerse che gli aneurismi non si rompono accidentalmente, ma in quanto le loro pareti si indeboliscono progressivamente a causa di un programma genetico (apoptosi) che porta a morte le cellule.

Le altre ricerche?

Grazie ad una collaborazione con il Consiglio nazionale delle ricerche abbiamo costituito dei laboratori dove si studia l'utilizzo delle cellule staminali per la riparazione dei danni neurologici. Attualmente, stiamo approfondendo questo ambito attraverso lo studio delle cellule staminali neurali adulte prelevate dal tessuto cerebrale: infatti, noi neurochirurghi dobbiamo spesso rimuovere frammenti del tessuto cerebrale e tali frammenti vengono utilizzati in laboratorio per isolare cellule staminali adulte e studiarne le capacità di rigenerare un danno neurologico. Un'altra ricerca molto interessante riguarda uno dei problemi più rilevanti

delle neuroscienze e cioè quello dei tumori cerebrali maligni, patologia molto frequente ed al momento senza una cura definitiva. Sembra che cellule staminali neurali trasformate ne siano la causa e noi stiamo verificando questa ipotesi per cercare poi una terapia adeguata.

Il neurochirurgo, secondo lei, è una persona che deve avere particolari caratteristiche?

Il neurochirurgo si occupa della chirurgia del cervello, che è sicuramente la più complessa e difficile delle chirurgie, sia per la vastità delle malattie che colpiscono il sistema nervoso, sia per la delicatezza dell'organo su cui si lavora e che implica un lavoro di una precisione estrema. Abbisognano concentrazione e controllo dei propri movimenti non comuni. Oltre al cervello, poi, c'è il midollo spinale, un altro campo che da solo assorbe un'intera specialità. La neurochirurgia è anche particolarmente faticosa perché siamo oberati dalle emergenze: si pensi ai traumi cranici, e perché ci possiamo trovare di fronte ad interventi che durano ore ed ore. Questa settimana ho operato tre ragazze le quali dall'operazione sarebbero potute uscire cieche, in coma o con gravi paralisi. Per sopportare responsabilità del genere bisogna avere davvero una forza interiore capace di

far accettare responsabilità non comuni.

Lo voglio sottolineare: chi intende avvicinarsi alla neurochirurgia deve avere una voglia di studiare non indifferente, deve tenere presente che sarà sempre chiamato a sacrificarsi, ma anche che, se farà questo lavoro con serietà, le soddisfazioni non mancheranno.

Sono molti i medici che scelgono questa specializzazione?

Posso testimoniare che sono molti i giovani medici che sono oggi disposti a sacrificare la loro esistenza, mettendo da parte il proprio tempo libero e gli alti guadagni. Lo stesso va detto per il personale infermieristico che lavora in neurochirurgia, personale che ha a che fare, solo per fare un esempio, con persone in coma. Professionisti, tutti questi, che potevano scegliere una vita molto meno stressante. •

Grazie professore e buon lavoro. Per tutti noi.



di Andrea Sermonti

Anche le donne hanno un cuore. Ma spesso sia le donne stesse che i loro medici tendono a dimenticarlo. “Se un uomo prova dolore a un braccio tutti pensano subito che possa essere un infarto. Ma nel caso di una donna, accade che si indaghi più spesso nella direzione del reumatismo – spiega Fedele – ecco perché nella donna sia la prevenzione che la cura dell’infarto risultano più difficoltose che nell’uomo”. Insomma, il cuore femminile è un po’ trascurato. Per questo la Sic e “Acaya Formazione e salute”, hanno deciso di promuovere una campagna, dal titolo “La Donna di cuore” finalizzata alla prevenzione dei rischi cardiovascolari nelle ultra 40enni. Si tratta di disturbi che colpiscono gravemente il genere femminile: tra le over 55, l’infarto è causa di morte per una donna su tre. Una campagna a cui Coop ha deciso di dare il suo contributo: all’interno degli ipermercati sono presenti, da metà ottobre e fino ai primi di dicembre, spazi dedicati a visite ed esami gratuiti.

Professor Fedele, come mai le malattie cardiovascolari sono diventate così diffuse anche tra le donne? Fino a qualche anno fa sembrava colpissero di più gli uomini.

Intervista al prof. Francesco Fedele, Presidente della Società italiana di cardiologia e direttore del Dipartimento di scienze cardiovascolari del Policlinico “Umberto” I di Roma, su un’iniziativa unica nel suo genere: migliaia di donne potranno sottoporsi gratuitamente ad uno *screening* cardiovascolare nelle Coop di tutta Italia

Il prof. Francesco Fedele



“La Donna di Cuore” L’appello dei cardiologi: non abbassate la guardia!

Dal 12 ottobre oltre 500 cardiologi effettuano una visita medica e una serie di analisi diagnostiche – impiegando oltre 22.500 kit d’analisi, 30 analizzatori ematologici e 10 elettrocardiografi a tre tracce - e forniscono in tempo reale ad ogni donna valutazione e profilo di rischio cardiovascolare

In parte è ancora così: fino all’arrivo della menopausa le donne sono un po’ meno colpite degli uomini. Tuttavia ormai non c’è più una gran differenza tra il genere maschile e femminile quanto a stili di vita, stress, fumo... insomma, anche se ne avremmo volentieri fatto a meno, purtroppo anche in questo ambito ci sono ormai le pari opportunità e le donne si sono molto avvicinate agli uomini. E comunque, se prima della menopausa le donne hanno ancora una minore probabilità di ammalarsi, successivamente questo vantaggio si perde completamente, e la mortalità femminile per coronaropatie è addirittura leggermente superiore a quella maschile. Ecco dunque spiegato il perché di questa campagna: bisogna sfatare il preconcetto che le donne siano più protette degli uomini. Insomma il messaggio, per quanto riguarda il cuore, è: donne, non abbassate la guardia a causa della presunta nozione che siete più protette.

È la prima volta che viene effettuato uno *screening* di massa sui rischi cardiovascolari? Può davvero dare un contributo per un cambio di mentalità? E quante sono le donne che vi proponete di raggiungere?

L’obiettivo è coinvolgerne oltre 7mila e mi risulta che sia la prima volta che si tenta un’operazione del ge-

nere. Quanto a una nuova cultura preventiva, credo che sia importante evitare il rischio – anche da parte dei medici di famiglia – che le donne siano sottocurate. Mi spiego meglio: nelle donne, i sintomi sono più sfumati che nell'uomo, e poiché si pensa che il genere femminile sia più protetto, si indaga più raramente nella direzione delle cardiopatie. Col risultato che spesso si arriva in ritardo. Tra l'altro ci sono difficoltà oggettive nel trattare le donne anche nell'ambito degli interventi angioplastici, più difficili perché i vasi sono più piccoli.

Ma in cosa consisteranno i check up gratuiti che come Sic effettuerete all'interno degli ipermercati Coop?

Cercheremo di personalizzare il rischio cardiovascolare: ovvero cercheremo, persona per persona, di definire il rischio a cui può andare incontro, a partire dallo stile di vita che conduce, per arrivare a formulare una terapia, a consigliare ulteriori indagini o anche a cambiare le abitudini. Nello specifico gli esami che effettueremo sono il controllo del peso, della massa corporea, dei trigliceridi, della glicemia, del colesterolo, della pressione sanguigna e effettueremo un elettrocardiogramma che è uno degli esami che ci consente di individuare eventuali patologie

anche all'inizio del loro sviluppo.

Quali sono i principali fattori di rischio?

Ci sono quelli modificabili e quelli non modificabili. Tra quelli modificabili ci sono l'ipercolesterolemia, il fumo, l'ipertensione, il diabete, la vita sedentaria e l'obesità. In particolare, le donne devono prestare attenzione all'accumulo della cosiddetta 'pancetta' di tipo androide, quella che si accumula attorno al punto vita. Tra i fattori di rischio quelli non modificabili sono quelli genetici, cioè il sesso, l'età e la familiarità. È chiaro che lo stile di vita che consiglia il cardiologo è semplicemente uno stile di vita sano: fare attività fisica, alimentarsi correttamente, non fumare, tenere il peso sotto controllo... tutti comportamenti che fanno bene in generale, non soltanto al cuore. Inoltre anche in questo caso, come per molti altri, è fondamentale il ruolo del medico di base che conosce la storia del paziente e può 'stratificare' correttamente il rischio che corre ciascun individuo.

Una delle novità di questa campagna è il luogo dove si svolgerà, ovvero all'interno degli ipermercati. Perché questa scelta?

Come Sic siamo convinti che uno screening, proprio perché tale, debba toccare il maggior numero di per-



sone possibile. E i punti vendita Coop, con la loro diffusa capillarità sul territorio, ci assicurano questa possibilità. Per noi

coinvolgere Coop è stato fondamentale e, come presidente, vorrei proseguire su questa strada anche per altre iniziative. •

GLI "ATTORI" DELL'INIZIATIVA CARDIOLOGICA

La Sic-Società Italiana di Cardiologia nasce nel 1956 dalla volontà e dall'impegno di un'élite di luminari intenzionati a diffondere la cardiologia come disciplina autonoma. Nel corso degli anni, la Società ha visto accrescere costantemente il suo prestigio, fino a divenire un importante polo di riferimento per i cardiologi italiani e stranieri; basti pensare che ad oggi, annovera ben 3000 soci in tutto il mondo. L'impegno della Società nel contesto del settore cardiovascolare è di grande rilievo e la sua presenza è costante in molti campi.

"Acaya Formazione & Salute" è una società impegnata nella didattica medica con una forte struttura organizzativa distribuita sul territorio nazionale, capace di riprodurre fedelmente ambulatori medici per la realizzazione di progetti formativi innovativi. Acaya ha creato tre ospedali virtuali per la formazione medica ove si applicano le metodologie più efficaci per l'aggiornamento e l'addestramento di tutto il personale sanitario.

**Per informazioni:
Numero verde 800-904443
www.ladonnadicuore.it**

di **Daniele Romano**

Qual è la posizione dell'Italia nel panorama europeo dei trapianti?

Dal 2000 ad oggi l'Italia è tra i primi Paesi al mondo per numero di donazioni d'organi per milione di popolazione (pmp). Prima della legge 91 del 1° aprile 1999 avevamo 10 donazioni pmp ed oggi siamo a 21 donazioni pmp. Questa crescita ha fatto sì che l'Italia abbia oggi più opportunità di trapianto rispetto a quei Paesi che storicamente ci hanno supportato.

Germania, Belgio ed Inghilterra hanno circa i due terzi dei nostri donatori, mentre la Spagna resta il leader incontrastato. Fino alla metà degli anni '90 il panorama trapianti in Italia si caratterizzava per un bassissimo numero di donatori d'organo ed un alto numero di richieste di trapianto. Eravamo di fatto "emigranti": i Paesi europei davano un supporto agli italiani in cerca di trapianti. Poi l'Italia ha iniziato a crescere in termini di donazioni, anche grazie alla legge quadro dei trapianti. La 91/99 è una legge simile a quella della Francia e della Spagna.

Contestualmente alla legge è stato istituito il Centro nazionale dei trapianti con sede presso il ministero della Sanità; è stato introdotto un coordinatore alla donazione in ogni ospedale d'Italia ed è stato strutturato l'assetto della rete nazionale trapianti con le tre grandi aree che oggi com-

Professor Franco Filipponi, già presidente dell'Associazione InterRegionale trapianti, è Ordinario di Chirurgia generale presso l'Università di Pisa, membro della Consulta nazionale trapianti e responsabile del Centro regionale trapianti della regione Toscana

Il prof. Franco Filipponi



Salvare una vita donando se stessi

In pochi anni i risultati dei trapianti e delle donazioni italiane sono entrati nei vertici mondiali. Questo grazie al cerchio virtuoso che si è creato tra istituzioni, organizzazione sanitaria, medici e cittadini-donatori. La legge 91 del '99 e l'istituzione del Centro nazionale dei trapianti

pongono il nostro Paese e che sono: il NITp (Nord Italia Transplant program); l'Airt (Associazione inter-Regionale trapianti) e l'Ocst (Organizzazione centro sud trapianti).

L'Italia di oggi è un Paese che assicura una politica trapiantologica efficace con livelli di sopravvivenza e di qualità della vita dei trapiantati superiori alla maggioranza delle nazioni europee.

È il risultato di un mix di fattori. Le istituzioni, i politici, il mondo socio-sanitario ed il volontariato hanno condiviso la convinzione che ormai non era più possibile non avere una politica dei trapianti.

Questo risultato straordinario che abbiamo ottenuto presenta ancora una disomogeneità importante nei livelli donativi delle nostre regioni: passiamo da 7 donatori pmp in alcune a 42 donatori pmp in altre. Sono le regioni del Sud quelle che hanno meno donatori, anche se stanno recuperando rapidamente.

Costituisce un problema il vissuto di attaccamento alla propria fisicità, all'integrità del proprio corpo?

Laddove si possiede un'immagine corporea tale da non tollerare violazioni della propria integrità fisica al momento della morte, è chiaro che questo è un ostacolo alla donazione. Può darsi che esistano ancora aree in cui c'è questo retaggio, però numerose indagini dimostrano che di fatto la popolazione occi-

dentale ha un'inclinazione favorevole alla donazione di organi o di sangue nel 70-75% dei casi, mentre riscontriamo una volontà negativa nel restante 25-30%. Quando ci troviamo di fronte all'evento infausto rappresentato dal decesso di un familiare, è determinante ai fini della donazione la fiducia dei parenti nel Servizio sanitario nazionale. La famiglia, di fronte ad un problema, nega il consenso. Bisogna anche che il consenso sia richiesto esplicitamente ed in maniera opportuna, con tutta l'attenzione necessaria. Una richiesta di donazione fatta in un corridoio o per le scale di un ospedale ha quasi sicuramente un esito negativo.

Genera una percezione disumanizzante e quindi repulsiva alla donazione...

È chiaro che, essendo grave il momento in cui chiediamo il consenso alla donazione, maggiore diventa la necessità di umanizzazione del percorso assistenziale. La famiglia richiede non solo di sapere con precisione cosa è accaduto, ma chiede anche di essere aiutata.

La pressione delle liste d'attesa di un trapianto, nonostante l'aumento delle donazioni, è ancora elevata?

Secondo i dati del Centro nazionale trapianti, abbiamo 6.680 pazienti in attesa di rene, 1.637 per il fegato, 650 per il cuore, 343 per il polmone, mentre per il pancreas 232 pazienti.

La popolazione occidentale è favorevole alla donazione nel 70-75% dei casi

Abbiamo liste d'attesa decisamente ridotte rispetto ad alcuni anni fa. Basti pensare che alla fine degli anni '90, per il rene c'erano 16mila pazienti in attesa, ed oggi sono meno della metà. Complessivamente sono in lista 9500 pazienti circa, mentre i trapianti annualmente effettuati in Italia sono circa 3.200. Stiamo parlando solo di organi, perché a questi dobbiamo aggiungere anche la donazione e il trapianto di tessuti, e cioè cornea, valvole cardiache, osso o cute. Nei trapianti di cellule e di midollo osseo l'Italia è leader in Europa. Le liste d'attesa però rimangono ancora un punto di pressione. Poiché non c'è trapianto senza una donazione, il nostro è l'unico settore della medicina dove le liste d'attesa si riducono solo grazie alla partecipazione dei cittadini nei confronti della donazione.

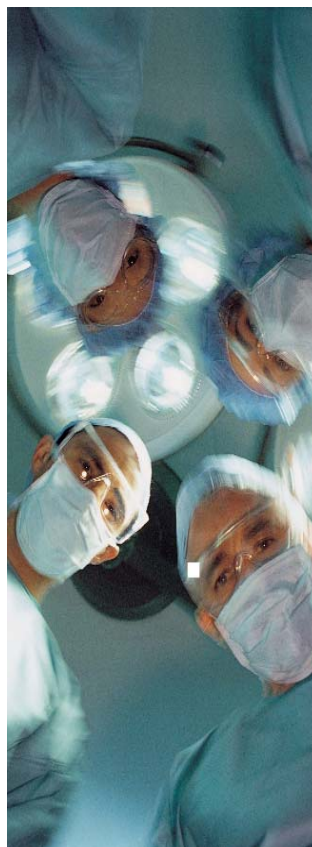
Facendo due conti abbiamo un rapporto tra trapianti e liste d'attesa di uno a tre?

Maggiore per il trapianto di rene, dove il rapporto è uno a cinque, e molto inferiore per il trapianto di fegato, dove sono poche centinaia di pazienti che riman-

gono in lista ogni anno nel nostro Paese. La medicina dei trapianti non è solo l'atto chirurgico del trapianto, bensì tutto quello che precede e che segue il trapianto: il tutto parte da una malattia cronica che perdura da tanti anni e si conclude con il paziente che torna a reinserirsi nella società e che ha ripreso la sua capacità vitale. Tutto questo vede nel medico di medicina generale la pietra miliare, perché è lui che conosce il suo paziente e lo indirizza al percorso assistenziale che lo porterà al trapianto.

Cresce la domanda di trapianti, crescono le patologie che interessano gli organi dei trapianti?

Per quanto riguarda i dati



numerici del rene, posso dire che siamo in fase di stabilizzazione con una tendenza alla riduzione. Per quanto riguarda il paziente affetto da malattie croniche di fegato, siamo in un trend di crescita da 5-6 anni perché subiamo l'effetto dei pazienti contaminati con il virus dell'epatite C negli anni '70-'80.

La formazione universitaria è adeguata per l'accesso alla professione di medico dei trapianti?

Nelle materie universitarie viene trattata anche quella dei trapianti, ma senza un approccio organico e specifico. Quindi senza poter dare allo studente e futuro medico una visione completa della trapiantologia. Sarebbe importante inserire nel corso di laurea la materia trapiantologia ed introdurre specializzazioni valide per poter esercitare la professione di trapiantologo. Tutti i colleghi che in Italia oggi effettuano trapianti si sono formati all'estero, come nel mio caso negli anni '80. La specializzazione, però, non può aver luogo subito dopo la laurea, perché per poter occuparsi di trapianti d'organo, in termini chirurgici, di anestesia, rianimazione e di gestione clinica, bisogna prima aver fatto un'esperienza generale. Ora in Italia, per completare su scala europea gli sforzi compiuti, dobbiamo strutturare la formazione sui trapianti, sia nel corso di laurea che nelle scuole di specializzazione. •

Mario Capecchi
(foto di Tim Kelly)



La vita vissuta di un “nostro” Nobel

Il premio dell'Accademia svedese consegnato a Mario Capecchi, Oliver Smithies e Martin Evans per le “scoperte pionieristiche riguardanti il sistema embrionale delle cellule staminali e la ricombinazione del Dna nei mammiferi”. La storia “italiana” di un piccolo David Copperfield

di Claudia Furlanetto

Per il mondo scientifico non è certo stata una sorpresa. Aveva già vinto nel 2001 l'*Albert Lasker Award for Basic Medical Research* e la sua tecnologia è utilizzata dai ricercatori di tutto il mondo. Invece il sorpreso sembra proprio lui, il genetista italoamericano Mario Renato Capecchi, nato a Verona il 6 ottobre 1937. “Non me lo aspettavo. Di solito si premiano argomenti diversi e già lo scor-

so anno era stato premiato uno studio di genetica molecolare”.

È stato pubblicato per la prima volta nel 1989 il lavoro pionieristico sullo sviluppo del *gene targeting* nelle cellule staminali di embrioni murini, tecnica che permette di “costruire” topi modello per le malattie umane, per poi studiarne le patologie e testare le terapie. L'applicazione è possibile su praticamente tutti gli aspetti della biologia dei mammiferi, inclusi gli studi sul cancro, sull'embrionogenesi, sull'im-

munologia, sulla neurobiologia. L'idea di Capecchi fu quella di sfruttare i meccanismi che la cellula possiede per effettuare scambi di materiale genetico in condizioni fisiologiche, per sostituire un gene con un gene omologo, ma contenente alcune piccole differenze che ne alterano la funzione, ovvero che lo mettono ko. Da qui il termine “topi knock-out” successivamente entrato in voga quando la metodologia ha preso piede.

L'introduzione degli anima-

li transgenici nella ricerca di base, come ha ribadito la stessa Accademia di Stoccolma, è stata di “immensa importanza” per lo sviluppo della biologia e della medicina.

Il premio ha un valore particolare per lo scienziato soprattutto alla luce del rifiuto, nel 1980, del *National Institutes of Health* di concedergli i fondi iniziali ritenendo il suo progetto inattuabile.

Le difficoltà incontrate da Capecchi, nel corso della sua vita, non hanno riguardato la sola area scientifica. Non si può di certo affermare, infatti, che lo scienziato abbia avuto un'infanzia facile. Anzi, sembra quasi di leggere la storia di un *David Copperfield* di dickensiana memoria.

Come riporta il *New York Times*, la madre dello scienziato, di origine americana, viveva in una lussuosa villa a Firenze ed era una poetessa Bohemian. Ben presto, attraverso i suoi scritti, cominciò la sua propaganda antifascista e antinazista. Quando il figlio aveva quattro anni, e dopo aver rifiutato di sposare il padre (un ufficiale dell'aviazione italiana con cui aveva avuto una relazione e che, inviato in Africa, non fece più ritorno), venne catturata dalla Gestapo che si presentò nella sua casa in Tirolo per deportarla nel campo di concentramento di Dachau come prigioniera politica – episodio che Capecchi ricorda molto bene.

Prima della cattura, sapendo che prima o poi sarebbe stata arrestata, la poetessa decise di vendere le proprie-

tà e di dare tutto il ricavato ad una famiglia di contadini italiani presso cui il bambino visse per circa un anno. Le avventure di Capecchi non finirono qui. Quando il denaro cominciò ad esaurirsi i contadini lo abbandonarono: costretto a vivere per le strade nella zona tra Bolzano e Verona, sopravvisse solo grazie all'elemosina e a piccoli furti.

Alla fine della guerra, colpito dal tifo, venne ricoverato in un ospedale di Reggio Emilia. Fu proprio qui che la madre, sopravvissuta alle purghe naziste, dopo aver cercato di rintracciarlo presso orfanotrofi e altri ospedali, lo rincontrò.

Una settimana dopo erano su una nave diretta negli Stati Uniti, decisi a raggiungere il fratello della donna presso una comunità quacchera in Pennsylvania. Qui, il piccolo Mario iniziò la scuola elementare senza saper leggere, scrivere e parlare inglese. "Non è chiaro se i fatti accaduti nel corso della mia infanzia abbiano contribuito al successo che sono riuscito a raggiungere o se tali successi li abbia raggiunti malgrado quelle esperienze. So solo che la mia infanzia mi ha aiutato a capire quanto sia importante avere accanto una guida che ci sostenga e ci incoraggi. Quando abbiamo a che fare con la vita umana non possiamo esercitare i controlli adeguati e, in assenza di una scienza che ce lo permetta, l'unica strada che possiamo intraprendere è quella di cercare di donare ai bambini tutte le opportunità per inseguire i loro so-

gni e le loro passioni", ha affermato lo scienziato.

Gli anni universitari lo videro prima accostarsi alle scienze politiche per poi preferire lo studio delle materie scientifiche inizialmente presso il Massachusetts Institute of Technology e poi Harvard, dove si laureò in biofisica con una tesi supervisionata dal padre del Dna James D. Watson.

Al suo illustre "maestro" Capecchi riconosce il merito di averlo ispirato nella sua carriera di scienziato: "È stato capace di infondermi la sicurezza necessaria per affrontare ogni interrogativo scientifico che mi affascinava, senza riguardo alla sua complessità."

Quando nel 1973 decise di lasciare la prestigiosa facoltà di Harvard per lavorare presso il laboratorio dell'Università dello Utah, a causa di screzi interni e della politica dell'Università che a suo parere non reclutava un numero sufficiente di giovani ricercatori, alcuni colleghi lo definirono "pazzo". Le critiche non lo scoraggiarono, anche grazie ai consigli del dottor Watson che lo rassicurò affermando che la ricerca scientifica ad alto livello poteva essere condotta ovunque. Capecchi sosteneva che il vantaggio principale del suo trasferimento fosse la possibilità di poter lavorare più facilmente su progetti di lungo-periodo, al contrario di Harvard dove si tendeva a voler ottenere risultati più velocemente.

Nonostante la sua difficile "esperienza italiana" Mario Capecchi sembra avere con

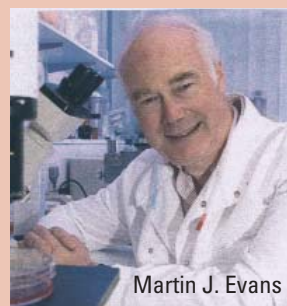


Oliver Smithies

Mentre con i suoi studi, Capecchi dimostrò che la ricombinazione omologa poteva essere influenzata inserendo "pezzi di Dna" nei cromosomi, **Oliver Smithies**, oggi docente di Patologia e medicina di laboratorio all'University of North Carolina, scoprì che le porzioni di Dna endogeno po-

tevano essere utilizzate in diversi tipi di geni a prescindere dalla loro funzione. Ciò suggerì che tutti i geni potessero essere modificati durante la fase di ricombinazione omologa. Le tipologie di cellule inizialmente studiate da Capecchi e Smithies non potevano però essere usate per creare animali con specifiche mutazioni ottenute in laboratorio. È proprio qui che entra in scena

Martin J. Evans, britannico di nascita, oggi docente di Genetica dei mammiferi alla Cardiff University in Galles. Dopo aver studiato per anni un particolare tipo di cellule embrionali del carcinoma dei ratti (EC), Evans scoprì come introdurre nuovo materiale genetico nelle cellule embrionali staminali. L'anello mancante delle ricerche di Capecchi e Smithies.



Martin J. Evans

Tra il 1986 e il 1989 i tre scienziati lavorano alacremente per la creazione del primo organismo vivente creato grazie al "gene targeting": il topo knock out.

il nostro Paese un ottimo rapporto: "Torno in Italia molto spesso. Lì tengo lezioni e visito i laboratori. Gli scienziati italiani sono molto bravi, ma necessitano di un maggior supporto senza contare il bisogno di più fondi per aumentare le opportunità dei più giovani. È una responsabilità dei governi quella di sostenere la ricerca scientifica. Negli Stati Uniti più del 90 per cento della ricerca si svolge nelle Università e non nelle aziende." Nel 2004, grazie alle sue ricerche, gli è stata conferita dall'Università di

Firenze la Laurea Honoris Causa.

Le ricerche del genetista sono iniziate nei primi anni '80: "Sono trascorsi più di 20 anni e ci sono voluti circa 10 anni per lo sviluppo, ora stiamo lavorando su diversi campioni che riguarderanno tumori che colpiscono bambini e ragazzi e per cui non esiste una cura." E per il futuro? "Ho compiuto 70 anni qualche giorno prima del premio e spero di poter continuare a lavorare in un laboratorio per altri 20". E noi non possiamo fare altro che augurarcelo. •

L'orticello sulla Luna

In un convegno a Firenze all'Istituto di scienze militari aeronautiche si è discusso di colonizzazione dello spazio e si è parlato di serre, acqua, cibo, necessari per vivere in altri mondi abitabili. Tutto in vista del grande viaggio

di Ezio Pasero

Ma ci andranno davvero gli uomini e le donne, un giorno, sulla Luna? Per viverci, lavorarci o magari per farci una vacanza, non solo una passeggiata come quella storica del 21 luglio 1969 di Armstrong e Aldrin, due dei tre astronauti dell'Apollo 11. Beh, se davvero questo succederà, agli abitanti della prima colonia spaziale non potranno bastare cibo disidratato, pillole di vitamine e bombole di ossigeno, ma avranno bisogno di cibo vero, di acqua, di aria, tutta roba che non potrà essere ovviamente trasportata con razzi-tir o razzi-frigoriferi. Così, sarà forse necessario costruire sulla superficie del nostro satellite grandi serre nelle quali coltivare ortaggi e altre piante, comprese quelle capaci di rigenerare acqua e ossigeno. Fantascienza? Non tanto. Piuttosto, studi e modelli suscettibili di essere applicati anche a realtà meno estreme e ipotetiche di quelle di un insediamento umano su un altro corpo celeste. Ricerche spaziali che mirano a definire le condizioni per consentire la sopravvivenza in un am-



La tuta spaziale dell'astronauta italiano Roberto Vittori

biente "confinato" per lunghi periodi, ma che sono in grado di incidere sullo sviluppo di tecnologie per il miglioramento delle produzioni agroalimentari. Come quelle esposte al ventesimo Convegno nazionale dell'Associazione italiana di medicina aeronautica e spaziale (Aimas) dall'ingegner Cesare Lobascio di Thales Alenia Space, società leader nei programmi scientifici spaziali europei.

Il Convegno si è svolto a settembre presso l'Istituto di scienze militari aeronautiche (Isma) di Firenze, contestualmente al simposio biennale dell'Elgra, l'Associazione europea di ricerca in micro-gravità, che ha visto la partecipazione di numerosi scienziati giunti da tutta Europa. Nella prestigiosa cornice di quella che i fiorentini ancora ricordano come "Scuola di guerra aerea", ricercatori universitari, scienziati, medici militari, dirigenti medici del ministero della Salute e di compagnie aeree si sono confrontati sulle più recenti innovazioni emerse nel settore della medicina aeronautica e spaziale. Una parte dei dibattiti ha riguardato anche i riflessi che tali studi e ricerche possono avere sulla vita dell'uomo, dalla cura di alcune patologie alle ipotesi, appunto, di colonizzazione dello spazio. È in questo contesto che si è parlato di serre lunari e di studi, nei quali la ricerca italiana ricopre un ruolo

molto importante, diretti a consentire una vita umana "normale" e produttiva nello spazio, dove normali sono invece l'assenza di aria respirabile, le temperature estreme, le radiazioni ionizzanti e condizioni di gravità diversissime da quelle terrestri. In particolare, ha spiegato l'ingegner Lobascio, l'esperienza degli astronauti e degli equipaggiamenti attualmente a bordo della Stazione spaziale internazionale, che richiedono continui rifornimenti dalla Terra, ha insegnato che è necessario ridurre il peso del materiale lanciato e il numero dei lanci, riciclando invece al massimo le risorse che si trovano a bordo delle stazioni satellitari o sulle future basi planetarie. E quindi, per garantire missioni di lunga durata, sarà necessario utilizzare piante e microrganismi in grado di fornire ossigeno, acqua e carbonio, mentre dovrà essere garantita, nelle missioni all'esterno del veicolo spaziale o sulla superficie dei pianeti, una maggiore protezione dagli effetti di condizioni di pressione e gravità altrimenti non sopportabili. Un tema che ha suscitato grande attenzione è stato appunto quello degli effetti prodotti dalla micro-gravità su diversi apparati dell'organismo umano: dalle ossa al sistema cardiovascolare, fino alla funzione immunitaria. Le ricerche nel settore possono condurre a risultati importanti non solo per consentire

un giorno la vita nello spazio, ma anche per le possibili ricadute su problemi attuali.

"Ad esempio, per ridurre l'incidenza della micro-gravità sull'apparato scheletrico si cerca di realizzare apparecchiature che, oltre all'impiego a bordo delle navicelle spaziali, potrebbero essere utilizzate anche a terra per la cura di patologie comuni come l'osteoporosi", ha detto Monica Monici, responsabile della divisione ricerca

zo 2001, per un totale di 140 giorni, a bordo della Stazione spaziale internazionale, dove Gidzenko giunse insieme all'astronauta italiano Roberto Vittori, anche lui presente al simposio fiorentino, nell'ambito della missione "Marco Polo"; la stessa Stazione sulla quale recentemente l'equipaggio dello space shuttle "Endeavour" ha condotto lavori di manutenzione attraverso una serie di "passeggiate spaziali".



Un momento del convegno nazionale dell'Aimas

scientifica dell'azienda ASACampus e membro del Comitato esecutivo dell'Elgra. Sul tema degli effetti sull'organismo umano causati dalla variazioni di gravità nello spazio, è intervenuto al Convegno il cosmonauta ucraino Yuri Gidzenko, che ha raccontato le sue esperienze di permanenza nello spazio: quella a bordo della navicella Mir dal settembre 1995 al febbraio 1996, per un totale di 180 giorni; e quella che si svolse dall'ottobre 2000 al mar-

Di questi argomenti hanno parlato nel corso del convegno anche il maggiore Francesco Torchia, il capitano Paola Verde e il capitano Angelo Landolfi, i tre medici del Centro sperimentale di volo dell'Aeronautica militare che nel 2005 conseguirono, primi in Europa, la qualifica di "medici spaziali" (Space Flight Surgeons) presso il centro russo per l'addestramento degli astronauti di Città delle Stelle, vicino a Mosca. E Torchia, in particolare, ha sottolineato come "dalle ricerche

sugli astronauti emergono risultati fondamentali per comprendere quali condizioni occorrono per eventuali insediamenti umani sulla Luna o su Marte". Ma non si è parlato solo di spazio e di medicina spaziale in senso stretto, a Firenze. Come si è detto, numerose sono le ricadute di questi studi sulla vita di tutti i giorni anche sul nostro pianeta. Così, per esempio, durante la sessione di "medicina del viaggiatore" sono state illustrate le strategie elaborate dal ministero della Salute per prevenire le malattie infettive durante i viaggi, accanto al ruolo svolto dall'Aeronautica militare e da alcuni ospedali nazionali nella gestione di un paziente affetto da patologia infettiva.

A conclusione dei lavori si è svolta una dimostrazione di sgombero medico tramite un elicottero HH-3F del 15° Stormo CSAR - Combat Search and Rescue - di Pratica di Mare (Roma). Nella zona del Parco delle Cascine antistante l'Isma, davanti a un pubblico folto e molto interessato, un'équipe di straordinario livello professionale ha simulato il recupero di una persona ferita o malata che, per l'imminente pericolo di vita, debba essere urgentemente trasportata presso una struttura sanitaria, illustrando anche le procedure operative e le attrezzature impiegate dagli equipaggi durante questo tipo di operazione. •

Un Onder di medicina

Uno dei più accreditati divulgatori televisivi ci parla delle difficoltà, dei vantaggi e dei rischi della comunicazione scientifica destinata al grande pubblico. La medicina alternativa: “Mia madre e mia nonna si facevano il segno della croce prima di prendere una pasticca”

di Ludovica Mariani

Direttore del Tg2 Salute e da anni alla guida della fortunata rubrica Medicina 33, Luciano Onder è certamente tra i più accreditati esponenti della divulgazione medico-scientifica in televisione. A lui va dato il merito di aver fatto uscire l'informazione medica dal ghetto della stampa specializzata, rendendola accessibile a tutti con un linguaggio semplice e competente e portando all'attenzione del grande pubblico argomenti quali la salute, i diritti del malato e le nuove frontiere della medicina.

Ci sono difficoltà nel portare in televisione una rubrica di medicina?

Il primo concetto è che bisogna prepararsi, se c'è una difficoltà è questa. Altre non ce ne sono se non l'impegno che mette ciascuno di noi nel realizzare i servizi. È essenziale per chi si occupa di salute in tv avere una conoscenza reale della materia, così che la comunicazione sia facile e gli argomenti trattati arrivino al pubblico in maniera comprensibile. È l'unico modo per fornire al telespet-



Luciano Onder

tatore quel servizio di informazione che è lo scopo principale della mia rubrica.

E quali invece i vantaggi?

Le rubriche di medicina vogliono essere di servizio, utili allo spettatore. Noi siamo abituati a dire che la sanità italiana è un cantiere a cielo aperto. Tutto è in trasformazione e la medicina si evolve di giorno in giorno. È chiaro che il cittadino deve avere un po' di cultura per sapersi muovere in un campo così difficile e noi lo aiutiamo a capire cosa gli accade. La cosa che mi sconvolge in questa professione che faccio ormai da 30 anni è che ci sono fior di persone, non vecchietti, che dopo un ricovero in ospedale si rivolgono a me

per essere indirizzati da uno specialista. Come, gli chiedo, sei stato otto giorni in ospedale e non hai capito che ti è successo? Questo significa che non c'è stata comunicazione tra i medici e il paziente, non c'è stato il rapporto. È drammatico, ed è questa la vera lacuna degli ospedali italiani. La mancanza di rapporto tra le strutture ospedaliere e i malati. La medicina è difficile, molti rifiutano di capire cosa avviene intorno a loro e i medici, a volte, non spiegano sufficientemente o non scrivono diagnosi chiare. Ma una diagnosi non è un pezzo di carta da buttare in un cassetto, né un elenco di segni e frasi incomprensibili. Una rubrica come la mia dà ai cittadini quegli

Il vero problema è la mancanza di comunicazione tra strutture ospedaliere e pazienti

strumenti di base per orientarsi nella sanità, che in Italia è veramente difficile.

E chi lavora nel campo medico che interesse trova nella sua trasmissione?

La possibilità di accedere ad un panorama più ampio di notizie e informazioni. I medici inevitabilmente anno dopo anno, finiscono per conoscere una realtà che è quella della loro Asl, della loro città o del proprio ambiente. Anche uno specialista che so, un grandissimo oncologo ad esempio, che ne sa chi sono gli ortopedici più bravi? Nella mia rubrica può ascoltare e conoscere i migliori specialisti del settore. Certo, non è che l'oncologo debba imparare come si ripara un ginocchio, ma può essere utile sapere che al Gemelli di Roma oggi si fa l'artroscopia, oppure il trapianto di cellule di cartilagine, una tecnica che viene dalla Danimarca.

Nel corso degli ultimi anni è cambiato il modo dei medici di intervenire sui malati?

C'è maggiore attenzione per lo stato generale del paziente. Un bravo medico non si limita a guardare il problema specifico per cui

è stato consultato anche per evitare che la sua prescrizione farmacologica sia magari dannosa per altri disturbi del malato. Poi c'è l'aspetto psicologico. Mio figlio fa il geriatra ad esempio e una delle cose che noto è che il paziente anziano che va da lui spesso, oltre che la malattia, racconta tutto se stesso. Se viene ascoltato, il vecchietto, solo per il fatto di aver avuto una comunicazione, è contento. Il medico deve certamente saper prestare attenzione ma non si può pretendere che diventi il confessore al quale raccontare tutta la vita. È pur vero che ho sentito di molti pazienti insoddisfatti perché le visite durano poco e che ci sono ospedali italiani che impongono ai medici visite che non durino più di dodici minuti! Anche questo è un aspetto della realtà in cui viviamo. Ci sono medici che assomigliano più a macchine e corrono a far visite da uno studio all'altro. Si ricorda il dott. Tersilli di Alberto Sordi? Ma la gente ha imparato a difendersi da queste cose e capisce chi è bravo e chi non lo è.

Quali sono gli argomenti che interessano di più il pubblico?

Ho riscontrato molto interesse anche per argomenti difficili. È chiaro che è più facile parlare del raffreddore che di una malattia rara come il deficit della proteina alfa, che oggi in Italia colpisce solo 30 persone. Però se io parlo di un argomento come questo lo

faccio in maniera accessibile a tutti. D'altra parte se ci limitassimo alle malattie più comuni si parlerebbe solo di cose che interessano il grande pubblico e non della medicina di ricerca ad esempio.

Tv e giornali propongono spesso le cosiddette medicine alternative. Dopo anni di esperienza nel settore lei che ne pensa?

Mia madre e mia nonna prima di lei si facevano il segno della croce prima di prendere una pasticca. Non c'è niente di male, può essere un aiuto psicologico. Ma la pasticca resta quella ed è quella la medicina e non altro. Così se qualcuno desidera dare al suo bambino il farmaco omeopatico è liberissimo di farlo, però se il bambino ha la polmonite il genitore ha l'obbligo di portarlo da un pediatra e dargli l'antibiotico, se no va in galera.

Ma anche dalla medicina tradizionale arrivano notizie "gonfiate".

Si tratta perlopiù di un lavoro da ufficio stampa, che pompa una notiziola di un centimetro per farla diventare da un chilometro. Accade che so, in occasione di qualche piccolo congresso. Senza qualche piccolo trucco giornalistico difficilmente troverebbe spazio sulle grandi testate o in televisione.

E il caso Di Bella?

Cosa molto, molto, molto diversa. Non è il caso del congresso di medici dal quale esce una notizia gonfiata. Quelli sono peccati veniali. Il caso Di Bella è un peccato mortale e si va all'inferno per quello.

Ricorda casi analoghi?

Ad esempio l'Uk 101 o proteina di Bartorelli oppure il metodo di disintossicazione rapida. Casi di questo tipo si ripresenta-

no ciclicamente e sono i casi che travolgono la cultura del Paese. E non si tratta solo del giornalista che scrive la notizia. C'entra la politica, la cultura, ben altro insomma. Sono cose pericolose e drammatiche. Basti pensare ai morti che ha causato la storia di Di Bella con tutti quei malati che hanno smesso di curarsi, qualcuno sulla coscienza ce li ha. Io no di certo, avrò altre colpe ma quella no. Chi invece ha enfatizzato Di Bella, accreditandolo in qualche modo, pur sapendo che non serviva a niente, e spingendo tanta gente ad abbandonare le cure che faceva per intraprendere quella Di Bella al solo scopo di fare notizia e per riempire qualche pagina di giornale, beh quelli una responsabilità se la troveranno di certo e un giorno ne dovranno rispondere, almeno spero. •



Elettroencefalografia, una "scossa" per tutti

Hans Berger, l'uomo che dedicò la sua vita ad approfondire l'attività elettrica del cervello, morì suicida a seguito di un profondo stato di depressione. Il primo elettroencefalogramma fu eseguito sul cervello esposto di un paziente operato di trapanazione del cranio

di Luciano Sterpellone

Poco dopo la scoperta dell'elettrocardiogramma, molti studiosi cominciarono a chiedersi: "Se il cuore possiede un'attività elettrica propria, perché non deve possederla anche il cervello?" In realtà, qualcuno aveva già provato a scoprirlo. Nel 1875, il chirurgo inglese Richard Caton era riuscito addirittura a evidenziare e misurare con il galvanometro potenziali elettrici cerebrali applicando elettrodi unipolari su ambedue gli emisferi e sulla calotta cranica di cani e scimmie antropomorfe, riuscendone anche a stabilire le variazioni in rapporto al sonno e ai movimenti degli occhi. Ma (succedeva anche allora!) solo pochi l'avevano preso in considerazione. Finché una cinquantina di anni dopo, Hans Berger, professore di Neuropsichiatria all'Università di Jena, volle andare a fondo al problema e dare una risposta definitiva. Non era certo nuovo a ri-

cerche in questo campo. Anzi, i suoi studi risalivano a circa trenta anni prima, quando nel 1902 aveva condotto - con l'aiuto dell'elettrometro capillare di Lippmann - alcuni esperimenti di elettrofisiologia sul cervello del cane e del gatto. Diversamente da alcuni suoi precursori che avevano limitato le os-

servazioni agli animali, Berger aveva già nel 1924 accertato - applicando elettrodi sul cuoio capelluto - l'esistenza di un'attività elettrica nel cervello umano. Il primo "elettroencefalogramma" riuscì a registrarlo direttamente dal cervello esposto di un paziente operato di trapanazione del cranio.

Per altri cinque anni continuò a sperimentare sia su pazienti che su soggetti normali utilizzando galvanometri molto sensibili, ed eseguendo numerosi elettroencefalogrammi (EEG) anche su se stesso, sui componenti della sua famiglia, sui suoi assistenti e gli addetti dell'ospedale.

I segnali elettrici che attraversavano la volta ossea del cranio e i tegumenti erano necessariamente molto deboli, ma potevano essere registrati agevolmente dopo un'adeguata amplificazione. Così Berger osservò che nel soggetto sveglio, rilassato nel letto e con gli occhi chiusi, il tracciato ottenuto mediante elettrodi posizionati sul lobo occipitale è caratterizzato dalla suc-



Studiò anche le variazioni di potenziale che si verificano durante il sonno

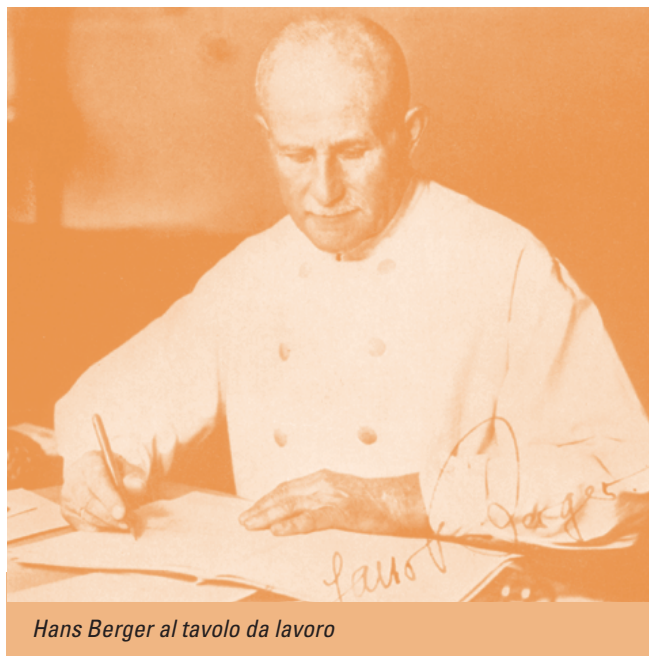
cessione regolare di onde di circa 10 cicli/sec., che chiamò onde alfa. Lo stesso effetto della scomparsa del ritmo alfa si aveva quando il soggetto apriva gli occhi o eseguiva mentalmente un semplice calcolo aritmetico. La scomparsa del ritmo alfa fu designata da Berger come “reazione d’arresto”.

Non appena il soggetto veniva stimolato in qualche modo dal suo tranquillo stato di veglia, le onde divenivano meno ampie e più frequenti (13 cicli/sec); queste vennero dette onde beta.

Sia le onde alfa che beta avevano evidentemente una base spontanea e biologica e risentivano della carenza di ossigeno e dell’anestesia.

Ma anche gli studi di Berger non suscitarono grande entusiasmo nel mondo medico mitteleuropeo; tant’è che per un certo tempo maggior credito fu riconosciuto a un ricercatore russo - Prawdicz Neminski - che aveva rilevato alcune frequenze elettriche cerebrali da lui denominate “elettrocerebrogrammi”.

Ma il 22 aprile 1929 Berger così scriveva con grande discrezione nella sua comunicazione ufficiale



Hans Berger al tavolo da lavoro

sulle onde elettroencefalografiche (*Über den Elektroenzephalogramm im Menschen*):

“Io credo effettivamente che la curva cerebrale da me qui estesamente descritta si origini dal cervello e corrisponda all’elettrocerebrogramma di Neminski. Poiché per ragioni linguistiche io ritengo impropria la parola elettrocerebrogramma che è costituita da elementi greci e latini, vorrei proporre per questa curva da me riscontrata per la prima volta nell’uomo, in analogia all’elettrocardiogramma, il termine di elettroencefalogramma. Io credo pure di aver trovato, e qui pubblicato per la prima volta, l’elettroencefalogramma nell’uomo”.

Presto i medici si resero conto che, rispetto a quelle di Neminski, i dati forniti dallo studioso tedesco erano molto più “raf-

finati” e precisi. Berger proseguì ancora per anni le ricerche sull’attività elettrica del cervello, studiando anche le variazioni di potenziale che si verificano durante il sonno e in varie condizioni di attività mentale (immaginazione, richiamo alla memoria, calcolo, eccitazione, ecc.), descrivendo minuziosamente le variazioni in frequenza, ampiezza e forma subite dalle onde elettriche.

Nel frattempo il mondo medico si interessava sempre più alla nuova disciplina e nel 1935 E.D. Adrian, Premio Nobel 1932 per la Medicina, comunicò di aver scoperto, sulla base di ricerche personali, che il ritmo alfa nasce nella regione occipitale del cervello. Fu proprio merito di Adrian e di B.H. Matthews, dell’Università di Cambridge, se la Psychological Society riconobbe

ufficialmente l’esistenza del “ritmo Berger”.

Alla conoscenza delle onde alfa e beta si aggiunse nel 1938 quella delle onde delta (più lente) per merito degli studi dell’americano W.C. Walter, che nel corso di un intervento chirurgico le rivelò (con l’aiuto di un dispositivo da lui stesso inventato) nei tessuti immediatamente circostanti un tumore cerebrale. Lo stesso Walter descrisse successivamente le onde theta, mentre le kappa furono identificate da A. Kennedy.

Con l’avvento di dispositivi di registrazione sempre più sensibili e sofisticati è stato possibile stabilire con estrema precisione gli eventi elettrici che si verificano nel cervello umano in condizioni sia normali che patologiche, e in particolare durante il sonno e nella fase onirica. Tra gli anni ’30 e ’40 si scoprì che l’EEG degli adulti differisce per alcuni particolari da quello dei bambini, e che il tracciato subisce variazioni per effetto dell’ipossipemia, dell’iperventilazione e dell’ipoglicemia. Esso si è rivelato inoltre essenziale per visualizzare e localizzare ascessi, tumori e segni di trauma cerebrale e più di recente è stato adottato per stabilire la morte cerebrale. Ma una scoperta così importante come quella dell’EEG non diede a Berger la felicità. Colpito da un profondo stato di depressione, si tolse la vita il 1° giugno 1941, impiccandosi. •

Cercando Ippocrate

La medicina nei libri. Visitiamo le biblioteche di Firenze e Roma piene di storia antica dove è sempre possibile, soprattutto per i medici, imparare a leggere il passato e sognare il futuro

di Antonio Gulli

A quanti sarà successo, prendendo un libro in mano, di esclamare: "Che bello!" In quel momento non si sa di preciso che cosa ci ha attratti: la rilegatura, il corredo di fotografie, il fatto che vi siano dei documenti originali che hanno guadagnato la scoloritura rossastra quasi marrone. Il tipo di carta o di stampa. L'argomento. Forse perché risponde a delle nostre domande o perché ne pone altre, stimolando la nostra fantasia. Per il libro il prestigio dato dal momento in cui è stato stampato desta, molto spesso, un sentimento di meraviglia. Fatto sta che quell'oggetto offre a chi lo possiede - anche solo per un momento - l'emozione di entrare in rapporto con se stesso attraverso un'altra persona. Si esce da noi stessi per il tempo richiesto da quell'oggetto per poi ritornarvi avendo guadagnato un dibattito interiore a volte del tutto rinnovato. Il libro è una missiva che si passa a prendere; non ci arriva direttamente a casa. Bisogna che si scelga di diventarne destinatari. Chi ama leggere lo sa bene. Chissà come accolsero

i medici il *Corpus Hippocraticum* - circa settanta opere - composte tra la metà del V e la metà del secolo IV a. C. e il suo Giuramento. Un tempo si riteneva che il Corpus fosse stato originato nella scuola di medicina di Cos; oggi si dà più credito che questo fu assemblato nella biblioteca di Alessandria all'inizio del III secolo a.C. e che l'attribuzione a Ippocrate fu solo una questione di riconoscimento di prestigio.

La nostra cultura dipende da un utilizzo sempre più ampio di informazioni preraccolte; in tal senso l'accesso e l'utilizzo di informazioni si possono considerare una forma di feedback. La consapevolezza che la vita sociale e personale dipenda da ciò che si conosce e dalla conoscenza che i nostri avi hanno prodotto non è certo un'acquisizione recente. Le prime biblioteche che si conoscono, infatti, risalgono

agli Assiri ed erano costituite da testi incisi a caratteri cuneiformi su tavolette di terracotta. I resti della biblioteca di Assurbanipal testimoniano la presenza di almeno 22.000 di queste variamente incise. In Egitto è famosa la biblioteca dei Tolomei che comprendeva più di 700.000 volumi su papiro; mentre si ricorda tra quelle più importanti quella di Attalo I a Pergamo.

A Roma, nell'epoca imperiale, sull'Aventino e sul Palatino, si aprirono le prime biblioteche pubbliche. Ci sono testimonianze che queste dovevano essere almeno una trentina. Col cristianesimo le biblioteche si accentrarono nelle comunità religiose. La prima biblioteca cristiana sorge a Gerusalemme. Si diffusero in maniera significativa in epoca bizantina e nel mondo arabo; in quest'ultimo si possono menzionare quelle di Baghdad, Bassora, Aleppo e Cordoba. L'avvento della stampa diede l'impulso decisivo nel far diventare la biblioteca uno strumento di



cultura relativamente diffusa. L'Ambrosiana a Milano, l'Angelica, l'Alessandrina e la Casanatense a Roma rappresentano il primo esempio in Italia di biblioteca pubblica; con esse - e siamo nel sec. XVIII - la raccolta, l'ordinamento, l'accrescimento, la conservazione e la consultazione del libro vede anche nascere - ad opera del governo austriaco - la rivista mensile inerente le biblioteche. Attualmente l'Italia può vantare due biblioteche nazionali.

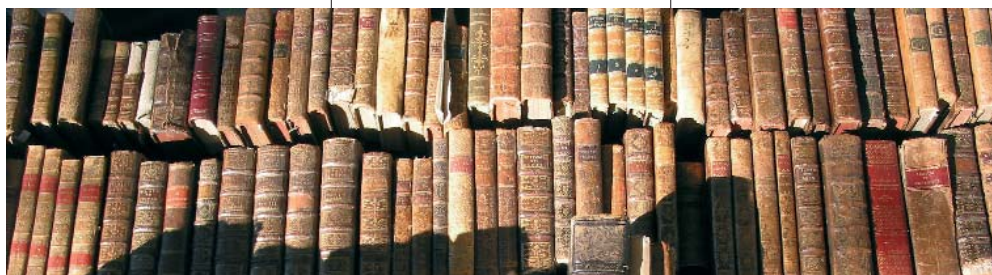
Ma prima di presentare i luoghi dove maggiore è la consistenza del patrimonio librario italiano, alcune curiosità chiedono di essere soddisfatte. Una, ad esempio, può indirizzarci verso l'attenzione che il nostro Paese ha nei confronti di questa risorsa. Il Si.Sta.N (Sistema Statistico Nazionale) ci dice che nel 2005 la risorsa economica impegnata per le biblioteche pubbliche è stata di 42 milioni e mezzo di euro.

Se si pensa che nel quinquennio 2000/2005 la spesa complessiva di gestione non è aumentata, ma ha avuto - anche se lieve - un decremento; che in totale il nostro patrimonio di opere acquisite è stato il 5,9 per cento a fronte di un aumento del 46 per cento delle persone ammesse al prestito per lo stesso anno (Si.Sta.N, 2005), si può affermare che, nella sostanza, le nostre biblioteche non sono al passo con la domanda sociale di interesse verso il libro da parte del vasto pubblico. Se ripartiamo la

somma complessiva per area geografica si vede che il centro Italia assorbe di questa cifra il 44 per cento; il nord il 36 per cento e il

sud per il 17,5 per cento. Sud dove, però, gli ammessi al prestito risultano essere solo il 15,2 per cento rispetto al totale nazionale e

dove il costo per unità di prestito si presenta di molto superiore a quello del centro Italia e di poco inferiore a quello del nord. •



Come già indicato, il nostro Paese gode di due biblioteche nazionali: a Firenze e a Roma. Con i suoi 6 milioni di volumi a stampa; con le sue 120.000 testate di periodici di cui 15.000 in corso; 4.000 incunaboli, 25.000 manoscritti, 29.000 edizioni del XVI secolo e gli oltre un milione di autografi, la biblioteca di Firenze vede crescere di 1 chilometro e 800 metri annuo le scaffalature dei depositi librari. E Roma non è da meno. Fondata nel 1876 per dotare la capitale del regno d'Italia di un grande archivio del libro - e completamente rimodernata nel 1975 con l'inserimento della stessa all'interno dell'area archeologica di Castro Pretorio - attualmente conserva circa 8.000 manoscritti e 6 milioni di volumi a stampa. Conta 2000 incunaboli, oltre 25.000 cinquecentine, 20.000 carte geografiche e più di 50.000 testate di periodici.

L'area relativa alle "Scienze pure e Applicate" ospita la sezione di Medicina. Questa disciplina presenta quasi 300.000 volumi e può vantare sia la completa eredità del fondo gesuitico - passato alla Nazionale nel 1874 - che la presenza di manoscritti risalenti al secolo XII prodotti dalla Scuola Medica Palermitana. Questi ultimi sono una delle testimonianze più rare e di prestigio in tema di offerta al pubblico in questo settore. Attualmente - afferma Laura Gorelli, responsabile della sezione - il 60% delle nuove acquisizioni dell'area delle Scienze Pure e Applicate riguardano proprio l'ambito medico. L'attenzione negli acquisti verso questo settore si giustifica, da un lato, nella qualità di domanda che si riversa verso la biblioteca; dall'altro, nella tensione che attraversa la funzione della biblioteca rispetto a una disciplina - come quella

medica - in rapida e continua evoluzione. Oggi - oltre agli studenti e agli esperti - la biblioteca risponde fondamentalmente ad una domanda sociale di conoscenza medica che vede tra i fruitori anche persone con un basso livello di istruzione che si rivolgono ad essa per capire quanto il medico ha detto loro; approfondire le conoscenze in ordine a problemi medici con cui sono venuti a contatto o saperne di più sull'evoluzione di una data patologia. "Purtroppo pochi sono i medici che vengono" ci testimonia la dottoressa Gorelli. Probabilmente, la ragione di ciò sta nella rapida evoluzione della disciplina che mette in atto una forte domanda di aggiornamento cui purtroppo la biblioteca con difficoltà riesce a rispondere.

Nonostante gli sforzi nell'offrire le diverse banche dati - si pensi, ad esempio, quelle offerte dalla Biblioteca Nazionale di Roma come Pubmed, Psicoinfo, Pascal Blomed o ASPE - e la volontà di porsi come momento di reference verso la ricchezza libraria di cui può disporre la risorsa bibliotecaria, l'opinione dei medici rispetto alla funzione che può svolgere questa non sembra positiva in quanto non up-dated. Rispetto ai libri già noti, oggi il medico esprime il bisogno di una conoscenza fatta di tempestività che si traduce nell'entrare in possesso con una certa velocità dei contributi scientifici che si possono ottenere mediante i collegamenti ipertestuali di internet. Il destino sembra, da un lato, volere un Ippocrate sempre più assente in biblioteca; dall'altro, vedere il sogno sempre meno realizzabile del signor Bertocchi - titolare dell'unica libreria antiquaria specializzata in Medicina con sede a Bologna - che non vuole che i libri antichi di Medicina vadano all'estero.

I bambini “vedono e sentono”

Piccoli testimoni soffrono anche per la “violenza assistita” che li colpisce di riflesso. Nei loro disegni paura, incertezza e blocco emotivo

di Lina Losacco

Se negli ultimi anni vi è una maggiore attenzione alle forme di maltrattamento e abuso sui minori e alle patologie ad essa correlate (Organizzazione Mondiale della Sanità 2002), il problema del minore che *assiste* alla violenza resta ancora invisibile. Eppure si stima che in Italia i minori vittime di *violenza assistita* variano da un minimo di 385mila ad un massimo di 1 milione (3° rapporto CRC) e numerose ricerche evidenziano che i danni della violenza che colpisce *di riflesso* i minori sono sovrapponibili a quelli causati dalla violenza esercitata direttamente su di loro.

Cosa significa violenza assistita. È una forma di maltrattamento psicologico che si verifica ogni volta in cui il bambino è *esposto* a qualsiasi forma di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica esercitata sulle *figure di riferimento* o su *altre affettivamente significative* adulte o minori. Vi rientrano anche le situazioni in cui si *assiste* a violenze di minori su altri minori e/o altri membri della famiglia, oppure ad abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici. Il bambino può farne esperienza direttamente (se



la violenza avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza) e quando ne percepisce gli effetti (Cismai 2000, 2005).

Nel caso frequentissimo dei bambini che assistono a situazioni di maltrattamento da parte del padre verso la madre, essi *sentono* le urla, i pianti, il rumore delle botte o dei piatti in frantumi anche se la loro madre, per proteggerli, cerca di tenerli lontani.

Una tendenza diffusa è quella di pensare che i bam-

bini “non vedono e non sentono”; nel tentativo di nascondere il problema, come se non esistesse, la madre cerca di convincersi che i bambini non subiscono traumi. In genere le donne riferiscono che i propri figli *ignorano* l'esistenza della violenza paterna: “...quando lui mi picchiava i bambini dormivano o giocavano in giardino”. In realtà osservando i disegni di minori vissuti in famiglie violente (anche dei piccoli di 3-4 anni) si *leggono* con chiarezza paura, incertezza, blocco emotivo. Ma ad-

dirittura già a tre mesi i bambini mostrano segni di confusione e infelicità quando le madri non reagiscono alle loro stimolazioni e si mostrano depresse o poco reattive (J. Choen, E. Tronick, 1983). A cinque mesi sanno riconoscere collera, paura, tristezza o distinguere un comportamento arrabbiato da uno amichevole. Se facciamo riferimento a J. Bowlby e alle sue teorie sull'attaccamento, possiamo comprendere a cosa va incontro un bambino privato del riferimento materno. Ricordiamo che la precoce comprensione delle emozioni altrui da parte del bambino influisce sulle prime forme di interazione e sull'esplorazione dell'ambiente esterno, facilitando o inibendo comportamenti più o meno appropriati e stili interattivi più o meno efficienti.

La violenza assistita determina sul minore danni a breve, medio e lungo termine: **il danno c'è sempre** anche nei casi in cui apparentemente il bambino non manifesta un immediato sintomo.

È certamente tra le esperienze più traumatiche che un bambino possa vivere, quando la realtà di una minaccia e la sua realtà psichica si sovrappongono e la figura materna è purtroppo inaccessibile. Alla sensazione di abbandono o di perdita della madre si aggiungono le minacce del padre di *fare una strage*, di abbandonare, uccidere, suicidarsi o partire. Nei casi di violenza assistita l'*entità del-*

l'impatto varia in funzione dell'età del bambino, del sesso, della fase di sviluppo, delle risorse materne e familiari o del tempo di esposizione alla violenza; questo significa che ogni bambino reagisce alla violenza di cui è stato testimone in maniera diversa e risente di una o più forme di disadattamento nei differenti ambiti: da quello del comportamento a quello emotivo e sociale o dell'apprendimento (la preoccupazione causata dalla violenza crea difficoltà di concentrazione) e della salute. A. Bandura considera i comportamenti disadattativi il risultato dell'esperienza diretta o dell'esposizione a modelli inadeguati o "malati".

I bambini testimoni sono assediati dal senso di colpa (*se fossi un figlio/a "migliore" forse papà non sarebbe così arrabbiato e non*

sarebbe violento con la mamma), dal senso d'impotenza e inadeguatezza, dalla vergogna per la propria incapacità, da rabbia. Lo scarso controllo degli impulsi si traduce spesso in maltrattamenti sugli animali, sui fratelli più piccoli o sui compagni di scuola ritenuti più deboli (bullismo), situazioni che nel tempo possono evolvere in comportamenti delinquenti (Jaffe, Wilson, Wolfe, 1990).

Gli effetti traumatici della violenza familiare in genere sono simili sui bambini e sulle bambine anche se nei maschi c'è la tendenza a riprodurre i comportamenti violenti del padre; c'è anche un maggior rischio di suicidio o tentativi di suicidio o pensieri di omicidio verso il genitore. Le bambine invece tendono ad esprimere più facilmente comportamenti pas-

sivi e remissivi con alto rischio di diventare, sin dall'adolescenza, vittime dei loro partner; spesso fuggono da casa o incorrono in gravidanze precoci. Talvolta esprimono il loro disagio attraverso anoressia e bulimia.

Tali effetti, riportati da numerosi studi, sono stati osservati presso i centri anti-violenza di Roma dove i bambini testimoni di violenza frequentemente sono caratterizzati da disordini riconducibili al disturbo post-traumatico da stress e ne presentano tutti i sintomi; i più piccoli ad esempio nei loro giochi ripropongono continuamente le scene di violenza (G. Marchueta 1998).

Come individuare una situazione di violenza assistita? Per il pediatra collegare un arresto di crescita, un eczema o un'allergia, un'infezione del tratto re-

spiratorio o gastrointestinale (sintomi osservati da Humphreys e Campbell in bambini costretti a vivere in situazioni di violenza domestica, 2004) ad una situazione di violenza assistita non è semplice.

È pur vero che il pediatra in genere conosce il minore sin dalla nascita, ne segue il suo sviluppo psico-fisico e attraverso visite domiciliari e ambulatoriali ha modo di inquadrare il suo contesto familiare. Tuttavia il maltrattamento nell'infanzia risulta invisibile forse perché impensabile per svariati motivi, fra cui l'idealizzazione della famiglia. Ed ecco che i sintomi e i comportamenti sospetti vengono *dirottati e si preferisce* ascriverli ad altre cause.

Quello che invece è importante in questi casi è un attento ascolto del verbale e, soprattutto, del non verbale del minore, per capire cosa c'è dietro la sua malattia.

Come intervenire. L'allontanamento della madre con il bambino dal contesto violento è un intervento efficace per la riduzione del trauma. Ma per compiere azioni finalizzate alla protezione e alla cura del minore è necessario partire dal "riconoscimento della violenza intrafamiliare" ed avere la disponibilità mentale ed emotiva a "rilevare" le lesioni riferite dalle donne al medico di famiglia o agli operatori del pronto soccorso mettendole in relazione con la violenza domestica. •

(n. 2 - continua)





4 NOVEMBRE 1995

Il premier israeliano Yitzhak Rabin viene assassinato a Tel Aviv per mano di Yigal Amir, giovane studente estremista di destra. Rabin, leader del partito laburista, era primo ministro dal '92 ed aveva lavorato per costruire un duraturo accordo di pace per il Medio Oriente con il ministro degli esteri Shimon Peres.

28 NOVEMBRE 1994

La maggioranza dei norvegesi in occasione del referendum si dicono contrari all'ingresso del loro Paese nell'Unione Europea.

22 NOVEMBRE 1990

John Major diviene primo ministro della Gran Bretagna. Subentra a Margaret Thatcher.



Novembre e le sue storie...

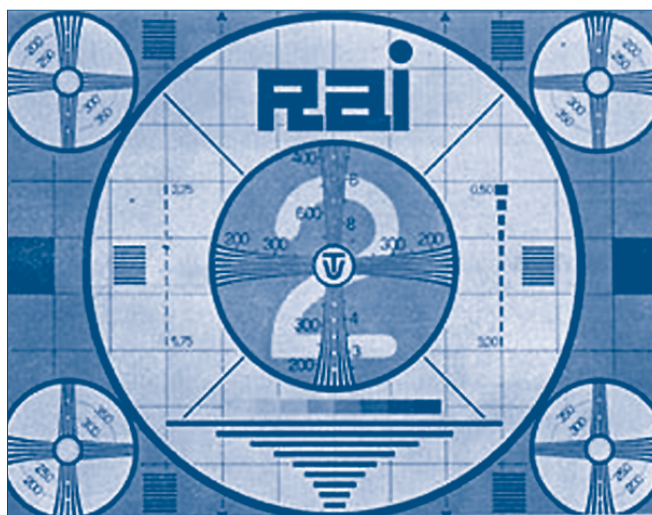
Sala operatoria

Al celebre chirurgo vascolare, noto per la profonda distrazione, un gruppo di colleghi, ad evitare qualche ventata di contestazione, ha messo un promemoria in sala operatoria, con una frase accorta: "Si prega di chiudere l'aorta".

da "Gli epigrammedici"
prof. Sergio Galluzzi

4 NOVEMBRE 1961

Al via le trasmissioni sul secondo canale televisivo.



29 NOVEMBRE 1989

Visita di Stato in Italia per il presidente russo Michail Gorbacev. Tra gli appuntamenti un discorso in Campidoglio e l'incontro con il Papa.

10 NOVEMBRE 1982

In Unione Sovietica muore Leonid Breznev. Jurij Andropov gli succede nella carica di segretario del Pcus (Partito Comunista Sovietico).

23 NOVEMBRE 1980

L'Irpinia è sconvolta da un tremendo terremoto che provoca 3mila morti e 10mila feriti. Elevatissimo il numero delle persone rimaste senz'atetto.

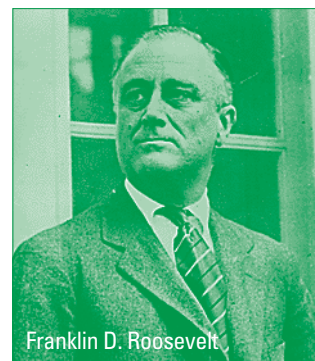
19 NOVEMBRE 1955

La prima puntata della trasmissione televisiva "Lascia o raddoppia?". Il conduttore è Mike Bongiorno.



7 NOVEMBRE 1932

Franklin D. Roosevelt, candidato del Partito democratico alle elezioni presidenziali statunitensi, vince le elezioni.





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.



Convegno nazionale Orvieto città cardioprotetta

Giornate cardiologiche orvietane

Orvieto, 30 novembre - 1 dicembre, centro congressi Palazzo del Popolo

Presidente: dott. Giampiero Giordano

Referente: dott.ssa Claudia Giordano, cell. 340 3068740

Tra i temi trattati, dopo l'analisi del peso dei fattori di rischio nella valutazione della probabilità della sindrome coronarica acuta si propongono un protocollo clinico di valutazione del dolore toracico ed un modello computerizzato di valutazione del dolore toracico per passare al percorso delle sindromi coronariche acute nstemi e stemi

Informazioni: Agenform srl, Viale I Maggio 18, 05019 Orvieto (TR)

tel/fax 0763 390027, e-mail: info@agenform.com, sito web: www.agenform.com

Disturbi dell'alimentazione e obesità

Verona, 23 e 24 novembre; sede AIDAP, Via Sansovino 16

Responsabile: dott. Riccardo Dalle Grave

Rivolto a tutti i professionisti (medici, psicologi, psicoterapeuti, biologi) che abbiano intenzione di acquisire il know-how più aggiornato nella prevenzione dei disturbi dell'alimentazione 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 presso la commissione Ecm del ministero della Salute

Cure palliative

Enna, 26 - 27 novembre, sede Azienda Ausl4

Direttori: dott. A. Nocilla, dott. A. Porto (Distretto Agira Ausl4 Enna)

Informazioni: Segreteria Organizzativa

U.O Qualità e Formazione del personale, dott.ssa M.G. Emma

tel. 0935 520568, e-mail: qualita_formazione@ausl4enna.it

Ecm: è stata inoltrata domanda al ministero della Salute per l'assegnazione dei crediti per medici, psicologi, inf.prof.

Società scientifica di ossigeno ozono terapia

Ossigeno ozono terapia

Bergamo, 15-18 novembre, centro congressi Giovanni XXIII, Viale Papa Giovanni XXIII 106

Presidenti: prof. F. Berte', prof. I. Coppola, prof. B. Clavo

Temi trattati: malattie vascolari, malattie infettive, malattie degenerative, malattie ortopediche, ozono nello sport, malattie autoimmuni, odontoiatria, veterinaria, medicina estetica antiage

Informazioni: SIOOT, Via Passo del Vivione 7, 24125 Bergamo

tel. 335 1293821, fax 035 300903

sito web: www.ossigenoozono.it, e-mail: info@ossigenoozono.it

Ecm: 12 crediti

Università degli studi del Piemonte orientale "Amedeo Avogadro"

"Counseling"

Novara, A.A. 2007/2008

Il corso sarà articolato in lezioni teoriche e pratiche per complessive 100 ore.

La domanda di partecipazione alla selezione dovrà essere presentata nel periodo compreso tra il 5 novembre 2007 e il 1° febbraio 2008

Informazioni: Cattedra di Psichiatria, Via Gnifetti 8

tel.-fax 0321 390163, e-mail: counseling@unipmn.it

segreteria Facoltà di Medicina e Chirurgia, Via Perrone 18, tel. 0321 375270 Novara



Convegno nazionale Simfer

Evidence based rehabilitation

Distretto cervico-cefalico e scapolo-omeroale

Genova, 24 novembre, polo didattico biomedico dell'università degli studi

Informazioni: Coordinatore Scientifico dott. Marco Monticone, e-mail: mmonticone@gmail.com

Segreteria Organizzativa: STARMED, P.zza Castello 19, 27100 Pavia

tel. 333 3653393, dalle 15.00 alle 19.00, fax 0382 524363, e-mail: starmedsnc@yahoo.it

Ecm: è stato richiesto l'accreditamento per medico chirurgo, fisioterapista e tecnico ortopedico

Posturologia clinica

San Marino, 23-25 novembre, antico monastero Santa Chiara, Contrada Omerelli 20

Direttore Scientifico: dott. Vincenzo Colucci

Coordinatore Didattico: dott. Alberto Cataldi

Materie di insegnamento: introduzione alla posturologia clinica, inquadramento clinico del paziente con sindrome da deficit posturale, diagnostica clinico-strumentale del paziente, posturologia clinica e multidisciplinarietà, esercitazioni pratiche in posturologia clinica

Articolazione formativa: la durata del workshop è di 3 giorni per un totale di 25 ore

Informazioni: Dipartimento di Studi Biomedici, Università degli studi della Repubblica di San Marino
Contrada Omerelli 77, 47890 San Marino, tel. 0549 882516, fax 0549 882519

Università di Palermo

Agopuntura nelle sindromi stress correlate

Anno accademico: 2007-2008

Coordinatore: prof. Adelfio Elio Cardinale

Durata: 1 anno, crediti: 60, posti disponibili: 30

Obiettivi: il presente corso di Master prevede un monte ore complessivo di 1500 ore, articolate sia come didattica frontale interattiva, pratica clinica e attività pratica guidata con insegnamento tutoriale (almeno 700 ore), da svolgere entrambe contemporaneamente e funzionalmente agli obiettivi di apprendimento nel corso del Master, sia come autoapprendimento personale e guidato

Informazioni: 091 590314 o 380 5038254 (dott.ssa Angela La Sala), e-mail: vito.marino@alice.it (dott. Vito Marino)
sito web: www.orientamento.unipa.it/master_agop.html

Management sanitario - modalità e learning

L'Istituto Superiore di Sanità e l'Università LUM Jean Monnet hanno organizzato, per l'A.A. 2007-2008, tre corsi di perfezionamento in management sanitario, modalità e-learning.

I area: corso di perfezionamento in prevenzione e promozione della salute - PPS

II area: corso di perfezionamento in management e programmazione sanitaria - MaPS

III area: corso di perfezionamento in gestione delle aziende sanitarie - GeAS

Direzione dei corsi: Ranieri Guerra, Ignazio M. Marino

Durata: i corsi saranno fruibili dal 15/10/2007 al 30/06/2008 **Iscrizioni:** fino al 31/12/2007

Informazioni: sito web: www.lum.it, Ufficio Formazione Post-Lauream Scuola di Management, Università LUM Jean Monnet, S.S. 100, Km. 18, 70010 Casamassima (BA), dott.ssa Rosita Labarile, e-mail: corsi.perfezionamento@lum.it
tel. 0806978209, fax 0806977122, dal lun. al ven. ore 10-13; 15-18

Ecm: esenzione dall'acquisizione di altri crediti ecm per l'anno in svolgimento

Nutrizione e dietetica

Master universitario on-line di I livello in nutrizione e dietetica applicata

Master universitario on-line di II livello in nutrizione e dietetica

Informazioni: Segreteria Master Nutrizione on-line, Istituto di Biochimica, Università Politecnica delle Marche
Via Ranieri 65, 60100 Ancona, tel. 071 2204160-2204673, 339 3982164, fax 071 220 4398
e-mail: univpm@funiber.org



Giornate oncologiche dei Castelli romani

Frascati, 16 -17 novembre, Scuderie Aldobrandini

Presidente: dott. Francesco Cammareri

L'obiettivo del congresso è quello di centralizzare il ruolo delle innovazioni tecnico-diagnostiche e di fornire indicazioni nel trattamento multidisciplinare dei tumori solidi. Si vuole fornire ai partecipanti spunti di riflessione sul carcinoma della mammella e sul carcinoma gastrico. È prevista una sessione dedicata alle terapie di supporto e un simposio dedicato ai farmaci biomolecolari. È prevista la discussione di casi clinici e delle derivanti controversie in tema di diagnosi e trattamento combinato delle neoplasie

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Rosselli Michele, Dirigente Medico U.O. di Oncologia
dott. Alfonso Lisi, Dirigente Medico U.O.C. di Chirurgia

Ospedale S. Sebastiano Martire, Frascati, A.S.L. RMH Albano Laziale

Segreteria Organizzativa: OMNIA Meeting & Congressi s.r.l., Via Torino 29, 00184 Roma

tel. 06 4822029, fax 06 4815339, sito web: www.omniameeting.com, e-mail: info@omniameeting.com

Ecm: evento in fase di accreditamento

Postura ed occlusione

Roma, 24 novembre

Sede del Convegno: Hotel Villa Eur, Parco dei Pini, Piazz.le Marcellino Champagnat 2, 00144 Roma

Presidenti: prof. G. Corea, prof. G. Gigante, prof. M. Ripari

Le relazioni che si svolgeranno durante l'arco del congresso verteranno sulle indagini e sulle soluzioni da eseguire nell'inquadramento delle alterazioni posturali ed in particolare in correlazione con l'occlusione dentaria. Capire i meccanismi nell'instaurazione di una malocclusione è fondamentale per poter formulare il corretto piano di trattamento

Informazioni: Segreteria Organizzativa

GLM Edizioni srl, Via dei Genieri 153, 00143 Roma, tel. 06 50514427, fax 06 233242443

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

Ecm: è stata fatta richiesta di accreditamento dell'evento presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua in medicina

Psicoanalisi e coscienza: uno sguardo cross-over

Roma, 24-25 novembre, centro di formazione Polo Didattico, P.zza Oderico da Pordenone 3

Intervengono: Giovanni Liotti, Mauricio Cortina, Michele Di Francesco, Iorio Giannoli, Massimo Petrini, Daniela De Robertis, Guglielma Palamara, Susanna Porcedda

Discipline a cui è rivolto il convegno: medici e psicologi psicoterapeuti

Informazioni: Segreteria Organizzativa

SIPRe, Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione, Via Appia Nuova 96, 00183 ROMA

tel./fax: 06 77203661, sito web: www.sipreonline.it, e-mail: massimofontana@sipreonline.it,

Alimentazione: progressi in nutrizione clinica

Roma, 15 novembre

Presidente: Giorgio Pitzalis

Composizione corporea, alimentazione in età evolutiva, laboratorio ed alimentazione, alimentazione della terza età, sport e nutrizione, alimentazione e web

Informazioni: Direzione Scientifica Gruppo Bios, tel. 06 80964261/217

sito web: www.giustopeso.it, e-mail: info@giustopeso.it

Ecm: medico, biologo e dietista (in corso di accreditamento)

La sanità pubblica nell'ottica medico-legale

Francavilla al Mare (CH), 17 novembre, sala conferenze "Palazzo Sirena"

Responsabili scientifici dell'evento: dott. Antonello Ricapito, dott. Ezio Casale

Informazioni: dott. Antonello Ricapito, e-mail: aricapito@libero.it, tel. 0871 358737, cell. 338 7185094

Ecm: è stata inoltrata richiesta di accreditamento ecm



Società italiana di medicina e chirurgia estetica

Timedchirurgia

Bologna, 11 novembre, divisione didattica Valet srl

Docenti: dott. Sergio Capurro

Alcuni argomenti: introduzione alle metodiche timedchirurgiche, trattamento delle iperpigmentazioni cutanee con il peeling misto e la coagulazione superficiale, trattamento verruche volgari, angiomi rubino, neoformazioni peduncolate e non peduncolate, condilomi acuminati, granulomi piogenici, trattamento della couperose, trattamento dello spyder, naevus, del lago venoso, delle verruche piane, degli xantelasmi, dei siringomi palpebrali, del naso, rosso ecc.

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

Malformazioni della mano

Roma, 23 e 30 novembre, Piccola Spezieria, ASL RM E, Ospedale S. Spirito, B.go S. Spirito 3

Responsabile: dott. Pietro Ortensi

Informazioni: presso Scuola Medica Ospedaliera, B.go S. Spirito 3, 00193 Roma
tel. 06 68802626 06 68352411, fax 06 68806712, e-mail: segreteria@smorrl.it

Ecm: corso ecm per medici

The neuropsychiatry of the emotional brain

Firenze, 22-24 novembre, Convitto della Calza

Presidente: prof. Michael Trimble (Londra)

Chairman: prof. Francesco Monaco (Novara)

Informazioni: sito web: www.efnp.org

Associazione per medicine non convenzionali in odontoiatria

Odontoiatria unica: ricerca, clinica, implicazioni

Bologna, 30 novembre-1 dicembre, Savoia Hotel Regency, Via del Pilastro 2

Informazioni: Segreteria Organizzativa

dott.ssa Rita Tronconi, tel.051 340302; e-mail: ritatronconi@libero.it; segreteria@amnco.it

Segreteria Scientifica: dott. Salvatore Bardaro, tel. 06 5291244, e-mail: presidente@amnco.it

Ecm: evento accreditato ecm

BLS-D (con l'uso del defibrillatore)

Moncrivello (VC), sabato 24 novembre

Il corso si propone di offrire al discente un percorso teorico pratico che lo porti a: riconoscimento e trattamento dell'arresto cardiaco, acquisizione delle conoscenze teoriche (riconoscimento dell'arresto cardiaco; prevenzione del danno anossico, abc), acquisizione delle abilità pratiche nell'esecuzione delle tecniche di supporto delle funzioni vitali di base, conoscenza del defibrillatore semi automatico, schemi di comportamento (simulazione di intervento d'equipe)

Informazioni: Segreteria Organizzativa Ass. Silenziosi Operai della Croce, "Casa di Cura Mons. Luigi Novarese"
Località Trompone 13040 Moncrivello (VC), tel. 0161 426524, fax 0161 433885

Ecm: previsti 9 crediti

Università "Sapienza" Roma- I Facoltà di medicina e chirurgia

Sicurezza e qualità degli alimenti e delle bevande

A.A. 2007/2008

Direttore: prof. Antonio Boccia

Il corso è finalizzato a fornire nozioni di base e specialistiche sulla qualità degli alimenti e sui sistemi qualità nel settore agroalimentare. La scadenza per la presentazione delle domande è il 30 novembre 2007

Informazioni: Segreteria didattica

dott.ssa Maria Rosaria Vacchio e dott.ssa Ausilia Pulimeno, Centro Didattico Polifunzionale, Sezione di Medicina Clinica e Sanità Pubblica, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università "Sapienza" Roma, Viale Regina Elena 324, 00161 Roma, tel. 06 49970251, fax 06 4958348, e-mail: rosaria.vacchio@uniroma1.it



International focus on stroke

Milano, 13-14 dicembre, centro congressi Fondazione Cariplo, Via Monte di Pietà 10

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Aristea Roma, Via Lima 31, 00198 Roma, tel. 06 845431, fax 06 84543700

e-mail: roma@aristeia.com, sito web: www.aristeia.com

Segreteria Scientifica: dott. G. Maggioni, dott. A. Robecchi, Fondazione S. Maugeri

Via S. Maugeri n.10, 27100 Pavia

tel. 0382 592625, e-mail: gmaggioni@fsm.it, arobecchi@fsm.it

La scuola dell'atopia: dalla teoria alla pratica

Milano, 16-17 novembre

Presidente del convegno: Carlo Gelmetti

Informazioni: iDea congress srl Divisione congressi, Fabiana Anzini, tel. 06 36381579, fax 06 36307682

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

Associazione italiana di terapia del dolore ortopedico e medicina manuale

Medicina manuale

Roma, 19-23 novembre, Hotel Kaire, via Maffeo Vegio 18

Responsabili scientifici: dott. Manlio Caporale e dott. Hermann Locher

Alcuni argomenti: sviluppo storico, fondamenti generali ed aree di applicazione della medicina manuale, neuroanatomia e neurofisiologia, eziopatogenesi del blocco, neurofisiopatologia del dolore, diagnostica dei tre passi, semeiotica segmentale di maigne e sell, mobilitazione probatoria e manipolazione mirata, anatomia funzionale del rachide e del bacino

Informazioni: Segreteria organizzativa Sig.ra Petra Keller, tel./fax 06 35507369, cell. 339 5217169

email: info@medicinamanuale.it, sito web: www.medicinamanuale.it

Ecm: 42 crediti per i medici chirurghi e 43 crediti per i fisioterapisti

Università degli studi di Bologna

Endoscopia avanzata

Direttore: prof. Giancarlo Caletti

Il Master avrà inizio nel gennaio 2008, durata pari ad 1 anno accademico e impostazione prevalentemente pratica, con carattere di alta formazione professionale. Al termine verrà rilasciato un diploma, valido a tutti gli effetti di legge

Principali insegnamenti: ecografia endoscopica diagnostica e operativa; endoscopia operativa delle vie biliari e pancreatiche; diagnosi e terapie endoscopiche delle urgenze emorragiche; terapie endoscopiche delle neoplasie iniziali e palliazione di quelle avanzate; utilizzo degli strumenti avanzati per endoscopia; sedazione e rianimazione in endoscopia. Il termine per la presentazione delle domande è il 30/11/2007

Informazioni: g.caletti@ausl.imola.bo.it; tel. 051 6955224; fax 051 6955206

sito web: www.unibo.it/Portale/default.htm

Agopuntura e tecniche correlate

Inizio del corso venerdì 30 novembre

La Facoltà di Medicina di Brescia per l'a.a. 2007/8, in collaborazione con l'Unione Medici Agopuntori Bresciani, organizza il 9° corso biennale di perfezionamento in agopuntura e tecniche correlate

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

Direttore: prof. Claudio Maioli, Coordinatore Didattico: dott. Sergio Perini

1° Modulo: "Basi teorico-pratiche della Agopuntura"

2° Modulo: "Diagnosi, clinica e terapia in Agopuntura"

Informazioni: sito web: www.unibs.it (Facoltà di Medicina->Corsi di Perfezionamento), tel. 030-9966393

Ecm: il corso di perfezionamento esonera il sanitario dall'acquisizione di crediti ecm per il periodo in essere e risponde alle richieste formali del Consiglio Nazionale della FNOMCEO del 22 febbraio 2007



Società italiana di medicina del lavoro ed igiene industriale

70° Congresso nazionale Simlii

Roma, 12-15 dicembre, Ergife Palace Hotel

Target: 1.500 specialisti in medicina del lavoro

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Meneghini&Associati, Viale Trento 56F, 36100 Vicenza

e.mail:meeting@meneghinieassociati.it, tel. 0444 578801

Università cattolica del Sacro Cuore

Flebologia chirurgica

a.a. 2007/2008, 2008/2009

Direttore: prof. Gregorio Cina

Scadenza domande di ammissione: 22 dicembre

L'ammissione al master è riservata a laureati in medicina e chirurgia in possesso di diploma di specializzazione o esperienza documentata in chirurgia vascolare o chirurgia generale

Informazioni: tel. 06 30155840, fax 06 30155846

e-mail: master.corsi@rm.unicatt.it, g.cina@rm.unicatt.it

sito web: www.rm.unicatt.it/master, tel. 06 30156127, 335.6571968, fax 06 30155951

60 crediti formativi universitari

“Oo.rr. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona” di Salerno

Le alterazioni del film lacrimale

Salerno, 1 dicembre, centro congressi Grand Hotel

Direttore: Vincenzo Napoli

Informazioni: Segreteria Scientifica Salvatore Troisi, tel. 089 672669, email: stroisi@email.it

Segreteria Organizzativa: Leader Organizzazione Comunicazione, Ugo Picarelli

tel: 089 253170, fax: 089 253238, email: leadersas@tin.it

Ecm: crediti ecm richiesti per medici oculisti e per ortottisti-assistenti di oftalmologia

Giovani ricercatori in ortodonzia

Iter diagnostico-terapeutico nel paziente in crescita di II classe

Roma, 12 dicembre, Policlinico A. Gemelli

Direttore: prof. Roberto Deli

Scopo della giornata è quello di fornire linee guida per la gestione del paziente in crescita con malocclusione di II classe attraverso l'esperienza fornita dagli specialisti delle Scuole Ortodontiche Italiane. L'incontro si terrà presso l'aula Brasca del Policlinico Gemelli di Roma. La giornata, gratuita, è rivolta a medici ed odontoiatri

Informazioni: per le adesioni inviare una email o un fax, entro il 15 novembre, ai seguenti recapiti:

ortognatodonzia@rm.unicatt.it; fax 06 3058198

Ecm: evento in fase di accreditamento ecm

Ortognatodonzia clinica multidisciplinare

Roma, dipartimento di Scienze Odontostomatologiche, viale Regina Elena 287/A, 00161

Scadenza domande: 20 dicembre

Obiettivi: approfondire un approccio diagnostico e clinico-terapeutico al trattamento di alterazioni del distretto dento-maxillo-facciale; fornire indicazioni alla terapia ortognatodontica nel soggetto in crescita e a crescita ultimata; acquisire competenze nel trattamento di casi che richiedono una collaborazione tra ortognatodontista e clinici di altre branche dell'odontoiatria e/o di altre discipline mediche

Informazioni: prof. Ersilia Barbato, tel. 06 49976611, 06 49976623, fax 06 44230811

e-mail: ersilia.barbato@uniroma1.it

Bando: <http://www.uniroma1.it/studenti/laureati/master/bandi/10931.pd>

a cura di Maria Rita Montebelli

Abbinare caffè e acetaminofene, uno dei più comuni antidolorifici in commercio, può rivelarsi una pessima idea per il fegato. Lo rivela uno studio sperimentale pubblicato su *Chemical Research in Toxicology*. La tossicità di questa interazione si può presentare non solo assumendo l'acetaminofene insieme a bevande contenenti caffeina, ma anche a seguito della somministrazione di grandi quantità di farmaci che contengano sia caffeina che acetaminofene. Per anni gli esperti hanno messo in guardia dai pericoli dell'assumere l'acetaminofene insieme alle bevande alcoliche, per il rischio di danni epatici anche mortali. Questa è invece la prima segnalazione di un possibile rischio connesso all'assunzione combinata di acetaminofene e caffeina. Si tratta ancora di un'osservazione preliminare, fatta

Caffè e acetaminofene, rischio per il fegato



su ceppi di *Escherichia coli* modificati in modo da esprimere un enzima epatico fondamentale nei processi di detossificazione di molti farmaci. I ricercatori hanno evidenziato che la caffeina triplica la quanti-

tà di un catabolita tossico, il NAPQI (N-acetil-p-benzochinone), che questo enzima epatico produce nel corso del catabolismo dell'acetaminofene. Questa stessa tossina è responsabile dei danni epatici che

si verificano in seguito all'assunzione combinata acetaminofene-alcol. "La gente dovrebbe essere messa al corrente dei pericoli di queste associazioni – afferma l'autore dello studio, Sid Nelson della Washington University di Seattle – il che non significa smettere di prendere acetaminofene o di bere caffè; semplicemente i medici dovrebbero consigliare di non prendere le due cose insieme. E questo soprattutto se si beve anche alcol". I batteri utilizzati per lo studio sono stati esposti a megadosi sia di acetaminofene che di caffeina; ma visto che nell'uomo una dose soglia di tossicità non è ancora stata stabilita, sarebbe prudente tenersi alla larga da queste associazioni potenzialmente così pericolose.

(Fonte: ACS' *Chemical Research in Toxicology*, 15 ottobre 2007)

Viene dal College di Medicina di Chicago (Università dell'Illinois) la notizia della scoperta di un nuovo possibile target molecolare nel campo dell'antiaggregazione piastrinica. L'attenzione degli studiosi si è focalizzata su un enzima circolante, la calpaina-1, le cui funzioni non sono ancora del tutto note. Il modello sperimentale utilizzato è stato un topo knock-out per il gene codificante questa proteasi; gli animali pri-

Terapia anti-aggregante

vi di calpaina-1 mostrano una ridotta aggregazione piastrinica, ma non un aumentato rischio di sanguinamento. E questo già è un elemento di grande interesse per le possibili applicazioni cliniche. Ridurre il rischio di trombosi, senza indurre emorragie rappresenterebbe già un enorme vantaggio in termini di terapia. Ma i topi knock-out

avevano in serbo anche un'altra sorpresa, ovvero la presenza di elevati livelli circolanti di un altro importante enzima, la PTP1B (*Protein Tyrosine Phosphatase 1B*). La somministrazione di un inibitore del PTP1B, ripristinava in questi animali la normale aggregazione piastrinica. I topi knock out per la calpaina-1, grazie ai loro elevati

livelli di PTP1B, rappresentano quindi un interessante modello per lo studio degli inibitori del PTP1B. I topi privi del gene per il PTP1B invece mostrano un'aumentata sensibilità insulinica e una resistenza all'obesità indotta dalla dieta; per questo l'inibizione del PTP1B è già da tempo nel mirino dei ricercatori come possibile terapia del diabete e dell'obesità.

(Fonte: *Molecular and Cellular Biology*, settembre 2007)

Nuovo modello di assistenza nelle cure primarie

L'Unità di medicina specialistica territoriale quale organismo operativo di intervento. La scuola di formazione della SIFoP

di **Francesco Losurdo (*)**
e **Giuseppe Nielfi (**)**

Il paziente che ha un problema di salute cerca di risolverlo rivolgendosi a chi ritiene possa avere la soluzione del suo problema. Per questo motivo è fondamentale far sì che i pazienti possano apprendere a gestire la loro malattia insieme con noi cioè con tutte le professionalità dell'assistenza primaria. Dobbiamo, quindi, garantire la nostra integrazione funzionale per ogni patologia acuta e cronica.. L'Unità di Medicina Specialistica Territoriale (UMST) è stata pensata per poter dare una risposta integrata soprattutto tra gli specialisti ma anche con le altre componenti del territorio. Gli specialisti ambulatoriali si occupano di più patologie in uno stesso poliambulatorio, in orari diversi, non integrati tra loro e costituiscono ognuno un punto di un problema di salute del cittadino paziente che ha una malattia, che deve entrare in una lista di attesa per ogni specialità, fare code per le prenotazioni varie subendo i relativi disagi e soprattutto, attualmente, non vi è un collegamento con gli altri operatori sanitari.

Quindi, dopo uno studio condotto con l'Università Ca' Foscari di Venezia, con il contributo di esperti del Ministero della Salute, delle Regioni e della Medicina Generale e con la SIFoP, rappresentata da Eliseo Barcaioli e il SUMAI, rappresentato da Pio Attanasi, Antonio Magi e Salvatore Vatrella, abbiamo proposto le Unità di Medicina Territoriale, quale modello operativo di intervento nelle quattro aree in cui si articola l'assistenza primaria (cronicità, consulenza, primo soccorso, prevenzione organizzata).

Due anni fa la SIFoP ha iniziato delle riunioni che hanno portato a costituire una Scuola di Formazione Nazionale per la preparazione degli specialisti ambulatoriali alla cura delle malattie croniche con l'educazione terapeutica, che non si acquisisce solo con l'esperienza clinica ma è necessario prepararsi e formarsi per ottenere delle competenze specifiche che possono favorire la presa in carico delle problematiche del paziente.

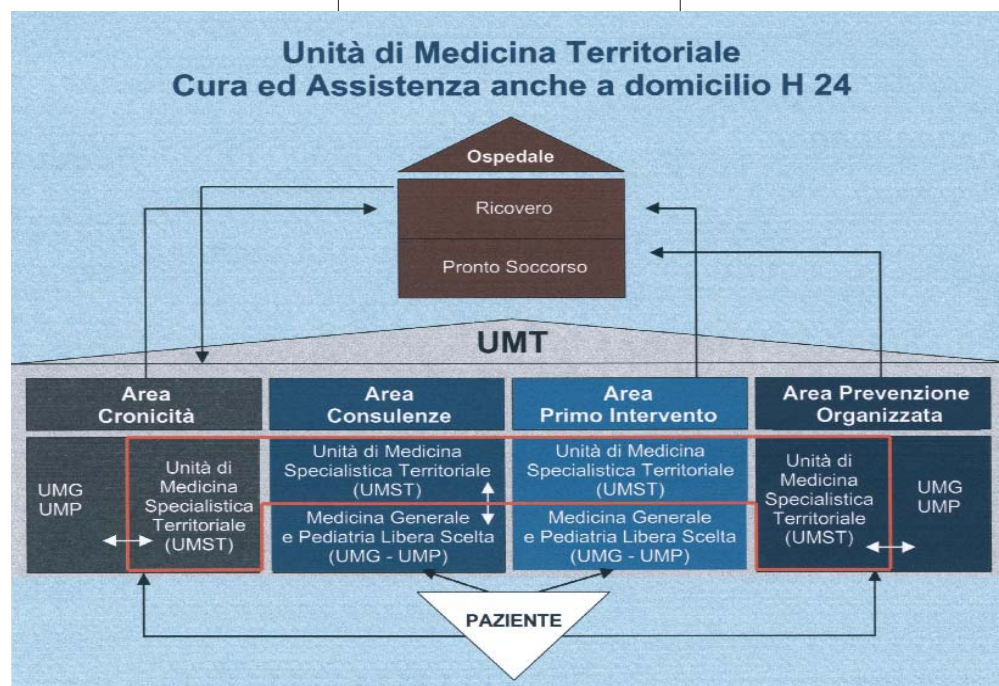
Il punto di forza della Unità di Medicina Territoriale è costituito dalla siner-

gia di azione e dall'integrazione di tutti gli operatori dell'assistenza primaria che possono prendere in carico le problematiche del paziente cronico e dei suoi familiari, anche a domicilio se necessario.

L'Unità di Medicina Territoriale vede, per le patologie croniche, oltre ai Medici di Famiglia, l'integrazione di più specialisti dedicati ad una patologia coordinati da uno degli specialisti della UMST e l'educazione terapeutica del paziente e dei suoi familiari riunisce insieme in questa attività tutti gli specialisti, i medici di medicina generale e gli altri operatori dell'Unità di Medicina Territoriale. •

(*) *Presidente Nazionale SIFoP*

(**) *Presidente Nazionale SUMAI*



a cura di **Andrea Meconcelli**

LIGURIA

Come meta distretto sanitario

“Genova ha le potenzialità di diventare un meta distretto medico-sanitario, sulla scia di quelli di Lione e Tolosa, dove l'area della ricerca rappresenta un punto di forza per lo sviluppo del territorio”: così il professor Lorenzo Caselli, del Comitato di Gestione della Compagnia di San Paolo, durante la conferenza stampa di presentazione dell'attività di finanziamento della Fondazione torinese in alcuni progetti di ricerca portati avanti all'Istituto Tumori IST di Genova. “Lo sviluppo di questa città può passare anche attraverso la polarità o la filiera medico-sanitaria considerando l'intero processo, dalla ricerca, alle specialità, alla medicina preventiva, alla riabilitazione fino al settore industriale – ha spiegato Caselli - che non esclude la possibilità di ulteriori finanziamenti in questa direzione da parte della Compagnia -. Qui ci sono le condizioni: c'è l'IST, il CBA, il Gaslini, gli Ospedali Galliera e San Martino, l'IIT e l'Università. Bisogna riuscire a fare massa critica e riuscire a superare le contrapposizioni e i veti incrociati che sono il male oscuro che impediscono uno sguardo in prospettiva”.



VENETO

Nasce a Mestre ospedale del futuro

Quattro anni appena di lavoro sono bastati per inaugurare il nuovo ospedale di Mestre (Venezia), che diventerà operativo già nei primi mesi del 2008. Alta 31 metri, con una volumetria di oltre 600 mila metri cubi, la nuova struttura che porta le firme dello studio Altieri e Emilio Ambasz, ha 680 posti letto, in stanze singole o a due posti, 21 sale operatorie, 1.100 posti auto e un asilo nido per 30 bambini. Negozi, giardini, un ristorante e strutture ricettive per i parenti dei pazienti completano l'edificio, circondato da una vasta area verde. Nella stessa area sorge anche la nuova Banca degli occhi, con laboratori per le cellule staminali, e, a breve, vi troverà posto anche il Centro protonico per le terapie oncologiche più avanzate. Un monoblocco atipico, im-

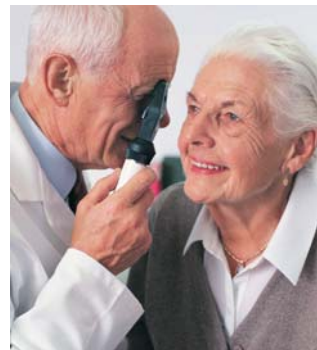


merso nella natura, con giardini terapeutici, che risponde ai principi dettati dal prof. Veronesi di umanizzazione, efficienza, affidabilità e organizzazione. Sintetizza così il nuovo ospedale il direttore generale dell'Ulss 12 veneziana.

LOMBARDIA

Dannosa per occhi la visita solo dall'ottico

È “gravemente rischioso e dannoso per la salute visiva della popolazione” e crea confusione nel cittadino il fatto che l'ottico-optometrista possa, come da poco stabilito dal ministero della Salute, prendere direttamente in carico il paziente con problemi di vista. A dirlo è Demetrio Spinelli, presidente della Società di oftalmologia legale, che a Milano ha partecipato a una conferenza per promuovere la figura dell'ortottista come lo specialista adatto a prevenire, valutare e riabilitare le disabilità visive. L'ottico-optometrista, spiega Spinelli, “è al tempo stesso operatore sanitario e commerciante, che all'atto pratico vende direttamente il prodotto che direttamente prescrive”. La reale prevenzione per la vista, aggiunge, si fa con la diagnosi precoce, quando cioè il sintomo non è ancora comparso, e non quando ormai servono gli occhiali: “Anche se nelle nuove norme sono esclusi a priori interventi di tipo terapeutico da parte dell'ottico, non vanno sottovalutati i rischi che possono derivare da una profilassi secondaria non ben condotta”, come quello di trascurare il problema in una persona malata. Ai fini della prevenzione, conclude Spinelli, “è fondamentale l'esame sistematico dell'apparato oculare”.



SICILIA

Ospedali in rete HPH

Un fitto programma di iniziative e campagne di prevenzione è stato messo in atto per promuovere la cultura e l'educazione alla salute in Sicilia ed entrare a far parte concretamente della rete Hph, Health Promoting Hospital, ospedali promotori di salute, creata nel 1988 dall'Oms, l'organizzazione mondiale della Sanità. Lo scopo è quello di favorire la trasformazione delle strutture sanitarie nel mondo, intese non più



come luoghi di cura ma anche promotori di salute attraverso il personale medico sanitario, le istituzioni locali, associazioni e comunità. La Sicilia è entrata a far parte della rete nazionale già dal 2003, con 25 aziende sanitarie, ospedaliere ed universitarie di tutta l'Isola. Sul ruolo della rete regionale siciliana e la risposte alle nuove "emergenze" se ne è discusso alla decima conferenza nazionale delle rete italiana Hph. "Lo scopo delle rete regionali, 11 su tutto il territorio italiano e 35 nel mondo - ha spiegato Carlo Favaretti, coordinatore della rete nazionale - è quello, da una parte, di formare il personale dei nosocomi educandoli ad una maggiore attenzione per il degente e fare in modo, grazie a progetti mirati di scongiurare il rischio di malattie, dando l'avvio, per esempio, a campagne contro il fumo. Ciò può avvenire grazie ad uno scambio di esperienze, competenze e risultati tra i vari ospedali".

EMILIA ROMAGNA

Tumori, in Romagna inaugurato centro eccellenza

Nasce in Romagna un centro oncologico di eccellenza. È l'Irst, l'Istituto scientifico romagnolo per la cura dei tumori che nasce sulle ceneri del vecchio ospedale civile di Meldola in provincia di Forlì, sulla base di una innovativa collaborazione fra pubblico e privato. La struttura coinvolge le quattro Aziende sanitarie della Romagna (Forlì, Ravenna, Rimini, Cesena), le fondazioni Casse dei Risparmi di Ravenna, Forlì, Cesena, Faenza e Lugo, l'Istituto oncologico romagnolo e il comune di Meldola. La maggioranza del capitale (53%) è detenuta dalla componente "pubblica", con l'Ausl di Forlì nel ruolo di "capofila" del progetto. Complessivamente la struttura ha richiesto un investimento di 35 milioni, di cui 11.619.269 euro per l'acquisto dell'immobile.



SARDEGNA

Aumentate le richieste al 118

Aumentano del 10% le richieste di emergenza al 118 della Sardegna. Dal 2002, anno in cui è andato a regime il sistema nato nel 1999, al 2006 si è registrato, infatti, un incremento costante del 10% e que-



sta stessa percentuale si sta confermando anche negli otto mesi del 2007. Lo scorso anno gli interventi delle due centrali operative sarde sono stati 94.420: 52.172 a Cagliari e 42.248 a Sassari. I dati sull'attività di emergenza sono stati diffusi dal responsabile del 118 di Cagliari, Pietro Golino, durante la presentazione del quinto congresso nazionale della Società italiana sistema (Sis) 118 che, per la prima volta, si svolgerà in Sardegna ad ottobre. Intanto da lunedì sull'intera regione opererà un solo elicottero in grado di effettuare interventi di soccorso. Il mezzo sarà dislocato ad Abbasanta, mentre da giugno a settembre gli elicotteri dei Vigili del Fuoco a disposizione sono due (Elmas e Alghero). Tra gennaio e agosto 2007 sono stati 493 gli interventi di elisoccorso (264 a Cagliari e 229 a Sassari).

LAZIO

Ricerca: Bambino Gesù arruola 17 cervelli anche stranieri

Giovani, motivati, con un curriculum di alto profilo e numerose esperienze nella ricerca scientifica innovativa in pediatria. Questo il comune denominatore dei 17 gio-



vani scienziati che saranno reclutati sulla scena nazionale e internazionale dall'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. Dopo un'attenta selezione i ricercatori saranno scelti a inizio 2008 tra i 587 curricula presentati al terzo Research Fellowship Program triennale (2008-2010) del Bambino Gesù, i cui bandi sono stati pubblicizzati su riviste scientifiche internazionali come *Lancet* e *Nature*. Nelle due edizioni precedenti sono stati 91 i giovani, italiani e stranieri, selezionati e coinvolti nelle linee di ricerca dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di proprietà della Santa Sede. Per questa edizione sono stati 513 gli studiosi italiani che hanno proposto la propria candidatura, più 28 attualmente all'estero, e 46 gli stranieri. La maggioranza è "rosa": il 76% delle aspiranti è infatti donna. I giovani ricercatori saranno impegnati, nei prossimi anni, nella identificazione delle cause ancora sconosciute di molte malattie che colpiscono i bambini, nello sviluppo di metodiche avanzate per la diagnosi precoce, nell'applicazione di nuove terapie e nell'individuazione di percorsi terapeutici innovativi con l'utilizzo delle cellule staminali adulte.



Rimini

A cosa abilita la laurea in medicina e chirurgia?

Cari Colleghi, rispondiamo attraverso il parere del consulente legale dell'Ordine, avv. Saverio Bartolomei, alla domanda

posta dal collega C.P. relativamente all'ambito di esercizio professionale che la laurea in Medicina e chirurgia permette.

Il presidente dott. Geo Agostini

L'abilitazione all'esercizio professionale e l'iscrizione all'Albo dei medici chirurghi legittimano il medico ad esercitare la propria attività in tutte le branche della medicina, tranne quelle per le quali la normativa vigente prescrive il possesso del relativo diploma di specializzazione.



Bari

Associazione mogli dei medici italiani sezione provinciale di Bari

Si è svolta l'Assemblea straordinaria per l'elezione del nuovo Consiglio direttivo (triennio 2007-2010). Sono risultate elette: Past President Lilla Tatò; Presidente Marisa Di

Biase; Vice Presidente Mimma Simonetti; Segretaria Anna Serlenga; Tesoriera Marilena Feniano; Consigliere Nora Angelico, Lisetta Corniola, Rosanna de Dato, Marcela Quaranta.



Alessandria

Rivalutazione delle rendite Inail per i medici colpiti dall'azione dei raggi X e sostanze radioattive (a cura di Graziella Reposi)

Con Decreto del ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 4 gennaio 2007, pubblicato sulla

G.U. n. 77 del 2 aprile 2007, è stata approvata la delibera Inail che ha aggiornato le rendite dei medici colpiti da malattie causate da sostanze radioattive e dai raggi X per gli anni dal 2003 al 2006.

Le nuove retribuzioni convenzionali annue a partire

dal 1 gennaio 2003 risultano rideterminate nelle seguenti misure:

- euro 41.011,70 con decorrenza 1 gennaio 2003;
- euro 45.293,32 con decorrenza 1 luglio 2004;
- euro 45.293,32 con decorrenza 1 gennaio 2005;
- euro 50.280,11 con decorrenza 1 luglio 2006.

Vicenza



Una banca fatta di bambini e per i bambini lavoratori

Dal 10 al 25 aprile la Banca dei bambini è arrivata a Vicenza, Padova e Venezia, dove si sono tenute conferenze di presentazione e incontri con Istituzioni e Associazioni.

Tre delegazioni di ragazzi ed educatori di Afghanistan, India e Sri Lanka hanno testimoniato l'esperienza che stanno portando avanti nei rispettivi paesi e che sta riscuotendo uno straordinario successo. Una Banca fatta di bambini e per i bambini lavoratori, dove gli adulti hanno esclusivamente un ruolo di garanti e facilitatori, che permette di risparmiare denaro per

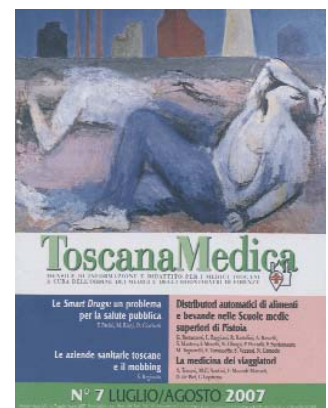
se stessi senza preoccuparsi che venga perso o rubato, di ottenere prestiti (a partire dai 15 anni), di pensare al proprio futuro, risparmiando per pagarsi l'istruzione o la formazione professionale.

La Banca dei Bambini è pertanto un esempio positivo di come, di fronte al disastro economico e sociale dei propri Paesi, bambini e adolescenti abbiamo saputo reagire con proposte alternative anche di rango elevato.

Poter incontrare queste delegazioni di ragazzi con i loro accompagnatori è stata un'occasione importante, di scambio e di confronto, per i nostri educatori e formatori che si trovano a dover affrontare situazioni di giovani border line e di infanzia negata.

Firenze

Cercasi medici per il Tibet



A seguito dell'interesse da parte dell'Ipasvi e dell'Ordine dei medici di Firenze relativamente all'apertura di un Forum sulla Cooperazione Sanitaria Internazionale, desideriamo informarvi che Asia Onlus, Ong di

solidarietà in Asia e in particolare nelle aree dell'altopiano del Tibet, registrata presso la Regione Toscana, sarebbe interessata a stabilire un contratto con il Forum al fine di permettere una circolazione di informazioni e opportunità di volontariato o lavoro in progetti sanitari nelle aree di nostro intervento. Al momento stiamo ricercando esperti di salute pubblica e chirurghi per due progetti di formazione sanitaria in Tibet.

Qualora interessati ad avere maggiori informazioni, si segnalano i seguenti riferimenti:

ASIA Onlus – Ufficio Progetti, via San Martino della Battaglia 31 00185 Roma, Tel.: ++39 06 44340034 Fax: ++39 06 44702620 www.asia-onlus.org.

Forlì-Cesena

Comunicato importante



Gentile iscritto, sul bollettino di dicembre 2006 è stato pubblicato lo schema di informativa a quello del consenso al trattamento dei dati personali che ti riguardano, depositati presso l'Ordine.

Si invitano i colleghi che non avessero ancora ottem-

perato a tale richiesta a provvedere celermente all'invio di tali moduli compilati alla segreteria dell'Ordine per permettere l'espletamento delle attività istituzionali.

Ti invito pertanto a comunicarci con i moduli che seguono (vedi pag. 13 del Bollettino n. 1 giugno 2007), il recapito che desideri sia riportato nell'Albo degli iscritti, che è un documento pubblico, e come tale può essere richiesto anche per comunicazioni inerenti attività formative professionali o pubblicitarie. In mancanza di una tua esplicita risposta l'Ordine dei medici continuerà ad utilizzare, per scopi istituzionali, la residenza a suo tempo da te depositata all'atto dell'iscrizione, ma non potrà più assicurarti l'invio di comunicazioni su attività formative professionali o pubblicitarie anche da parte di terzi.

Il Segretario

Dott. Massimo Milandri

Brescia

Segreto professionale

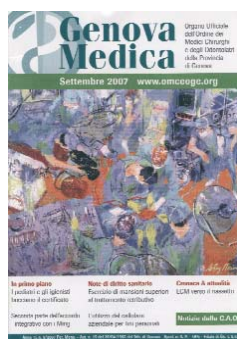


Trattamento dei dati sensibili per l'accesso di medici in zone a traffico limitato

Il Garante per la privacy

con il provvedimento 14 giugno 2007 (G.U. 161 del 13 luglio 2007) "Trattamento dei dati sensibili per l'accesso di medici in zone a traffico limitato" puntualizza che i medici per impugnare una multa per violazione al traffico nelle ZTL non possono depositare atti contenenti le generalità del paziente, né i Comuni chiedere ai medici le generalità dei pazienti visitati a domicilio né di portare una dichiarazione scritta dal paziente e neppure le Prefetture possono chiedere documenti identificativi dei pazienti.

(Il testo del provvedimento è pubblicato sul sito dell'Ordine www.ordimemedici.brescia.it – sez. news)



Genova

Il Presidente della Fromceol A. Ferrando ha inviato una lettera all'ufficio regionale scolastico per la Liguria per richiedere un'adeguata informazione alle famiglie sul corretto rilascio della certificazione medica, ricordando che il medico (art.24 del Codice Deontologico)

può rilasciare certificazioni sullo stato di salute del paziente solo in presenza da dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati.

Anche la sezione ligure della Società italiana di igiene, a firma del suo presidente L. Marensi, interviene sull'argomento sottolineando che il certificato, recentemente rimesso in vigore dalla sentenza del Tar, costituisce una inutile duplicazione e uno spreco di risorse pubbliche e private in quanto la sorveglianza e il controllo della malattie infettive sono basate su un sistema di notifica che consente alle Asl di mettere in atto tutte le misure necessarie per impedire la diffusione delle malattie stesse.

Il presidente nell'evidenziare che nella nostra regione il sistema di sorveglianza e controllo delle malattie infettive funziona efficacemente, grazie a una valida collaborazione tra i medici curanti e gli operatori di sanità pubblica, ritiene importante migliorare i livelli di efficienza ed efficacia attuali, eliminando eventuali disuguaglianze nell'accesso ai servizi che possono penalizzare le "fasce deboli" della popolazione. Marensi conclude affermando che la tutela della popolazione dai rischi connessi con le malattie infettive può essere effettivamente garantita solo estendendo a tutti una rete di protezione che si basa sia su adeguate coperture vaccinali che sul continuo impegno dei medici curanti e degli operatori di sanità pubblica nel far funzionare al meglio il sistema di sorveglianza esistente.

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

D'Annunzio e Mondadori

Quest'ultimo lavoro di Franco Di Tizio si incentra sul rapporto che il Vate intrattenne dal 1921 al 1938 col suo ultimo editore e con Angelo Sodini, suo correttore di bozze e autore di scritti sulla sua vita.

La copiosa documentazione qui pubblicata traccia la storia e i successi della casa editrice e apporta nuovi elementi alla conoscenza del mutevole carattere di D'Annunzio, del prestigio di cui godeva e della rispettosa devozione che suscitava.

Il carteggio è presentato con un accurato apparato critico e viene intessuto sapientemente nel racconto biografico in modo da creare una stesura quasi romanzata che ne rende scorrevole e molto interessante la lettura.

Il libro non si chiude con la morte del poeta, ma, in un capitolo conclusivo, dà conto delle vicende editoriali della Casa Editrice Mondadori fino ai nostri giorni.

Franco Di Tizio

"D'Annunzio e Mondadori"

Ianieri Editore, Pescara - pp. 380, euro 28,00



Teofilo Folengo alle Ciambre di Borgetto

Salvatore Davì, medico colto e plurispecialista, ha svolto l'attività di medico condotto e di ufficiale sanitario a Borgetto, il paese nel quale dimorò Teofilo Folengo cui ha dedicato questa appassionata ricerca. Il libro, che apre nuove prospettive di indagine sull'attività che il poeta svolse nel periodo siciliano, traccia un profilo della sua personalità, ripercorre le motivazioni dalle quali trasse origine il latino maccheronico e, soffermandosi sulla feconda attività svolta dal Folengo in quel di Borgetto, raccoglie notizie storiche ed osservazioni critiche sulle sue opere principali senza dimenticare quelle minori e quelle perdute. Fornisce così un'introspezione analitica e un approccio psicologico del grande poeta anticonformista e quasi reazionario. Un florilegio di versi tratti dalle opere del poeta completa e chiude questo interessante volume.

Salvatore Davì

"Teofilo Folengo alle Ciambre di Borgetto"

Ed. Ilia Palma, Palermo - pp. 126, euro 12,91



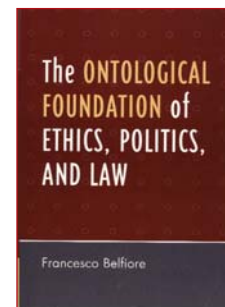
The Ontological Foundation of Ethics, Politics and Law

Il nuovo lavoro in lingua inglese di Francesco Belfiore fornisce un ulteriore sviluppo alla sua concezione dello spirito umano concepito come un'unità capace di evoluzione formata da intelletto (che genera le idee), sensibilità (che crea i sentimenti) e potere (che dà origine alle azioni). L'autore sviluppa poi le sue concezioni di etica, politica e diritto facendole derivare dalla conoscenza ontologica degli esseri umani giacché le azioni e il comportamento degli uomini possono essere compresi e discussi solo facendo riferimento a ciò che essi sono in quanto entità ontologiche. Pertanto, come risultato di una scoperta e non come conseguenza di una scelta, Belfiore assegna all'etica, alla politica e al diritto un fondamento ontologico, in contrasto con la moderna tendenza di privilegiare il soggettivismo e il relativismo.

Francesco Belfiore

"The ontological foundation of Ethics, Politics and Law"

www.univpress.com - pp. 530, euro 59,95



Il giardino che cura

Con questo libro Cristina Borghi, fa proprio quanto scoperto dalla psico-neuro-endocrino-immunologia che ha dimostrato come i sistemi nervoso, endocrino e immunitario siano tra loro in costante collaborazione per un proficuo, vicendevole scambio fra le attività del corpo e quelle della mente. Con queste premesse ha sviluppato le sue ricerche nell'ambito di una nuova disciplina, "l'ortoterapia" o "la cura del giardino" che nei paesi anglosassoni annovera molti e illustri seguaci. Coniugando le recenti scoperte con le precedenti esperienze fatte da filosofi, medici, artisti e altri personaggi del passato, l'autrice dimostra come la coltivazione dei fiori e delle piante e il contatto diretto con la natura ricreino quelle condizioni di serenità e benessere che si tramutano in un efficace rimedio contro lo stress e una cura per molte patologie.

Cristina Borghi

"Il giardino che cura"

Giunti Editore, Firenze - pp. 239, euro 9,50



Professionisti e gentiluomini

La storia delle professioni liberali ripercorsa da Maria Malatesta sviluppa un tema di grande attualità, considerando che la riforma delle professioni è, nel nostro paese, da molti anni al centro di un acceso dibattito. Con la sua indagine, che mette a confronto i dati italiani con quelli di Gran Bretagna, Francia e Germania, l'autrice si sofferma sulle professioni legali, contabili, dell'ingegneria e della medicina. Quest'ultima parte risulta essere la più ampia del volume.

Il libro prende anche in esame l'ingresso del gentil sesso nelle diverse professioni e ne considera gli effetti e le prospettive con particolare riguardo agli influssi che il mercato ha come fattore di trasformazione culturale e organizzativa.

L'indagine così impostata offre un campo di riflessione ampio ed aggiornato.



Maria Malatesta
"Professionisti e gentiluomini"
 Einaudi Ed., Torino - pp. 400, euro 25,00

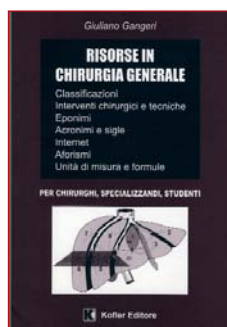
Risorse in chirurgia generale

Giuliano Gangeri ha riunito in un volume economico, riccamente illustrato e dal pratico formato tascabile, tutta una serie di nozioni, definizioni e classificazioni, originali e aggiornate, reperibili quasi esclusivamente nelle opere originali o in una miriade di testi diversi e spesso costosi, nonché le tipologie delle tecniche e degli interventi chirurgici di base.

L'opera è arricchita da un dizionario eponomico che riporta i principali sanitari che hanno lasciato il loro nome a strutture anatomiche, patologie, sindromi e interventi chirurgici con una breve biografia delle figure più importanti.

Completa il volume l'elenco degli acronimi e delle sigle mediche e di laboratorio, una raccolta di aforismi di carattere medico, una serie di tabelle sulle misure e sulle formule mediche e un indirizzario Internet.

Un testo che raccolga assieme così tanti dati non esiste ancora nemmeno in lingua inglese.



Giuliano Gangeri
"Risorse in Chirurgia Generale"
 Kofler Editore - pp. 543, euro 20,00

In breve

Giuseppe Failla

SULLA VIA DEL RITORNO

Nell'insanabile contrasto esistente fra il comportamento individualistico del commissario Papalia, progressista e irreprensibile, e le oscure manovre reazionarie del potere e della politica che lo vogliono incastrare per i loro loschi interessi, questa storia siciliana propone uno spaccato della società e della politica nazionale dei nostri giorni.

L'Autore Libri, Firenze

pp. 91, euro 9,90

Aniello De Vita

MAGDALENA LA BADANTE

Le badanti sono uno dei tanti effetti della globalizzazione, fenomeno che sta modificando il mondo.

La storia d'amore fra don Nicola, anziano nobiluomo, e la giovane polacca raccontata con fresca essenzialità in questo breve romanzo, ci fa riflettere sui cambiamenti che la nuova realtà mondiale apporta nei costumi e nella vita degli individui.

www.linearte.it

pp. 96, euro 10,00

Eugenio Morelli

L'ACQUA DEL RUSCELLO

Le liriche raccolte in questo volumetto hanno uno spiccato carattere intimistico, ma conservano intatto lo spirito osservatore del poeta che ama soffermarsi sui semplici gesti quotidiani e sui piccoli e troppo comuni fenomeni della natura per scoprire "il miracolo d'ogni giorno" e opporsi con parole di sogno alla banalità della vita.

Casa Editrice Menna, Avellino

Tel. 0825 38269

pp. 47, euro 5,00

Ugo Sergi

IL GIOCO GRIGIO DEL TEMPO

Il libro raccoglie poesie scritte fra gli anni '50 e '90 e il poemetto "Il canto dell'effimera" del '48. Queste brevi liriche di non semplice interpretazione e dalla ritmica originale cercano di esprimere slanci di affettività, accenti di rimpianto, moti di ribellione usando le parole come pennellate a formare immagini piene di luminosità e di amarezza.

EGS Edizioni Galleria Signorini, Lendinara (RO)

pp. 49, euro 6,00



Epidemia di Chikungunya in Italia

Ha colpito un'area del ravennate dimostrando come il rischio, nell'era della globalizzazione, del turismo e dell'immigrazione, sia sempre più concreto. La necessità, per i medici, di acquisire una cultura di sanità internazionale per la formulazione di una diagnosi immediata

di **Walter Pasini (*)**

L'epidemia di Chikungunya che ha colpito recentemente un'area del ravennate ha dimostrato chiaramente come nell'era della globalizzazione nessun Paese, povero o ricco, può sentirsi al riparo da virus, batteri o parassiti. Essi sono ben equipaggiati per invadere nuovi territori, adattarsi alle nuo-

ve nicchie ecologiche o a nuovi ospiti, cambiare la loro virulenza o modi di trasmissione e sviluppare resistenza ai farmaci. È la prima volta in Europa che una malattia tropicale si manifesta in forma epidemica tramite la trasmissione autoctona dell'infezione attraverso vettori stanziali. L'epidemia è la conseguenza di due fenomeni:

1. l'incremento esplosivo del turismo internazionale e dell'immigrazione;
2. l'alta densità della zanzara tigre in alcune zone del nostro Paese cui non ha corrisposto finora una seria lotta di disinfezione.

L'epidemia che ha colpito circa trecento persone in un'area del ravennate con epicentro a Castiglione di Cervia e Castiglione di Ra-

**Nel 2006
i passeggeri
dei voli aerei
sono stati
2,1 miliardi**

venna aveva avuto l'apice della sua curva alla fine di agosto ed aveva preso avvio con l'arrivo, intorno al 20 di giugno all'aeroporto di Forlì, di un viaggiatore indiano affetto da Chikungunya con sintomatologia febbrile.

La Chikungunya è una malattia virale trasmessa da zanzare tra cui appunto l'*Aedes albopictus* o zanzara tigre.

La malattia, il cui nome proviene dalla lingua Swahili e significa "camminare piegato in avanti", termine che rispecchia la sintomatologia caratterizzata da dolori articolari intensi e diffusi, si manifesta dopo 4-7 giorni dalla puntura di una zanzara con febbre, brividi, mal di testa ed appunto forti dolori osteo-articolari. Il decorso è generalmente benigno, ma la sintomatologia può persistere per alcune settimane ed anche mesi.

La Chikungunya era stata da tempo segnalata in Africa, nel sud est Asiatico e nel subcontinente indiano, ma un'epidemia di vaste proporzioni è stata segnalata recentemente nel 2005 e nel 2006 nelle isole Reunion, Mauritius, Seychelles, Maldive e poi in India. Numerosi erano stati i viaggiatori europei, anche italiani, infettati in occasione del lo-

ro soggiorno in questi luoghi di vacanza: oltre 300 in Francia, qualche decina in Italia.

A seguito degli eventi il ministero della Salute italiano ha diramato un comunicato ai servizi di sanità pubblica dando informazioni sulla malattia, la sintomatologia e la diagnosi, scrivendo però di ritenere "ipotesi remota" la possibilità che la Chikungunya potesse diffondersi in Italia attraverso vie di trasmissione autoctone assumendo forma epidemica. In un mondo globalizzato, il rischio di epidemie si fa invece sempre più concreto.

Negli ultimi 5 anni si sono verificati nel mondo almeno 1100 eventi epidemici e ciascuno di essi può considerarsi a poche ore di distanza dal nostro Paese dato che nel 2006 sono stati 2,1 miliardi i passeggeri dei voli aerei. L'Organizzazione mondiale della sanità ha più volte richiamato i Paesi ad intensificare la sorveglianza epidemiologica per accertare nel minor tempo possibile casi di malattie

che potrebbero innescare epidemie e li ha messi in guardia dal falso senso di sicurezza che può derivare dall'assenza di malattie infettive ed eventi epidemici. Tale falso senso di sicurezza può infatti portare ad allentare la guardia e a trascurare le misure di prevenzione.

Oltre alla lotta radicale alla zanzara tigre occorre imparare a fare diagnosi di Chikungunya e di altre malattie, come ad esempio la dengue, nel più breve tempo possibile. I medici devono familiarizzare con le malattie di origine tropicale e devono acquisire una cultura di sanità internazionale. È auspicabile pertanto che le Università si facciano carico di questa necessità preparando il futuro medico sia a saper formulare le diagnosi e curare le malattie presenti su tutto il pianeta, sia a conoscere le grandi strategie di lotta che le organizzazioni come l'Oms stanno adottando per fronteggiare malattie antiche o emergenti. •

(*) *Direttore Centro Oms
Medicina del Turismo*



Europa impreparata ad affrontare l'avaria

L'Europa è mal preparata a far fronte a una pandemia di una forma umana di influenza aviaria. Lo afferma uno studio dell'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms). Lo studio, realizzato da scienziati di 29 Paesi europei presso la Scuola di igiene e di medicina tropicale di Londra, evidenzia carenze nella preparazione dei vaccini e nella distribuzione di farmaci antivirali, scorte insufficienti e una incoerente pianificazione dei controlli alle frontiere. "Le nostre scoperte mostrano che anche in Europa persistono lacune considerevoli e incoerenze, e diversi settori della pianificazione non sono stati affrontati", rileva la ricerca, pubblicata nel

bollettino dell'Oms. Nonostante l'elevato coinvolgimento dei governi in Europa e il rafforzamento delle misure di preparazione e profilassi dopo l'ultima valutazione del 2005 – concludono gli autori – "le lacune restanti le incoerenze esigono una attenzione urgente". Gli scienziati temono che il virus H5N1, il più letale tra gli agenti patogeni dell'influenza aviaria, subisca una mutazione tale da renderlo più aggressivo e da consentirne con facilità la trasmissione tra esseri umani. Una pandemia del genere potrebbe causare la morte di milioni di persone. Secondo le ultime statistiche, nel mondo 329 persone hanno contratto il virus H5N1 dal 2003 e 201 sono morte. •



Aedes albopictus

Soccorso dal cielo

Emergenza Medica Aerea è un'associazione nata per essere sempre a disposizione dei soci in ogni parte del mondo. Una rete di assistenza veramente eccezionale

Demetrio Logiudice

Presente lì dove occorre sgomberare con professionalità ed in sicurezza chi necessita di un trasporto urgente specializzato. È la prerogativa fondamentale di "Emergenza Medica Aerea" nota come "Ema Assistance", un'associazione nata per essere sempre, tempestivamente, ed in ogni parte del mondo a disposizione dei soci. Non solo organizzazione e mezzi all'avanguardia: l'obiettivo che si prefigge l'associazione è l'operatività, la versatilità e la prontezza di un vero e proprio soccorso aereo.

Come prima organizzazione di emergenza medica l'Ema Assistance è sicuramente il punto cruciale di una rete di salvataggio aereo in Europa e nel mondo, che sino ad oggi ha provveduto a curare rientro ed assistenza sanitaria a circa 130mila iscritti, prelevandoli da circa 150 Paesi, in seguito ad incidenti o malattie per le quali era necessario il transfer sanitario. Un team professionale ed altamente qualificato assicura assistenza medica e trasporto, salvando così molte vite umane e diminuendo quindi i rischi legati a possibili complicanze e conseguenti invalidità. Con altre società operanti in Germania e in Austria, Ema Assistance è l'organizzazione di salvataggio aereo più

L'interno di un jet ambulanza Lear 35 A



moderna d'Europa. La struttura, può contare su 38 centri di emergenza, più di 55 elicotteri di salvataggio, 6 aeroambulanze, e 3 piste di atterraggio. Con i vari partner, è in grado di assicurare circa 32mila interventi aerei l'anno. Ancora, l'operatività di Ema Assistance è garantita da una rete di collaborazioni ed organizzazioni presenti in Svezia, Austria, Norvegia, India, Usa e Africa. Queste le risorse emergenziali di Ema: soccorso e trasporti di terapia intensiva, rimpatrio internazionale, gestione globale su tutto il territorio nazionale dell'emergenza sanitaria, logistica per operatori di soccorso aereo (Servizi Tecnici/ Consulenze/Simulazione e Training), Centri di manutenzione ed assistenza per aeromobili (Certificazione JAR-OPS).

Ma quali sono i prossimi obiettivi del team Ema?

"Uno degli scopi è quello di sviluppare e fornire la massima collaborazione ed esperienza a tutte le organizzazioni statali e private in Europa - dicono i responsabili - conseguendo il miglioramento degli standard

di assistenza nell'emergenza sanitaria".

Per superare le barriere di lingua ed accesso alle informazioni sanitarie in tutto il mondo, è stata presentata la carta sanitaria che, in forma di carta di credito ed in 5 lingue, è utilizzabile come CD da inserire in un qualsiasi computer per visionare la scheda sanitaria dell'assistito, e poter così operare conoscendo la storia del malato.

I servizi, la gestione, il mondo Ema Assistance, sono stati presentati lo scorso 20 settembre presso il Teatro Capranica di Roma, dove Antonio Parisi direttore del quotidiano *Il Meridiano* ha illustrato l'iniziativa con il presidente di Ema Assistance, Com.te. **Ciro Visone**, il direttore commerciale **Ciro Palazzo**, ed il prof. **Sergio Licheri**, direttore scientifico e fino a tre mesi fa direttore generale dell'Istituto Superiore di Sanità. •

I numeri delle missioni svolte

819 Trasporti sanitari effettuati di cui:
 466 aerei jet ambulanza
 99 elicotteri sanitari
 95 pazienti barellati su voli di linea
 32 PTC (modulo sanitario su aereo di linea)
 127 trasporti con ambulanza

Interventi effettuati

4000 richieste di rimpatrio internazionale
 8500 trasferimenti interospedalieri con elicottero
 2000 assistenza e richiesta di informazioni

Emergenza e terapia intensiva garantita da

oltre 550 infermieri
 750 medici
 13 medici in servizio 24 ore su 24
 80 tecnici

L'ultima crociata di Arrigo Petacco

di Giuliano Crisalli

Un ligure alle Crociate non fa notizia. Se però il ligure si chiama Arrigo Petacco, di professione fa lo storico di successo e “sverna” tutto l’anno a Portovenere, merita gli onori della cronaca. Ha scritto per la collezione “le Scie” della Mondadori “L’ultima crociata”, un libro dove si parla di “quelli” che periodicamente si presentavano sotto le nostre mura armati fino ai denti; per capirci meglio i guerrieri islamici, i discendenti del feroce Saladino e dell’Impero ottomano, gli avversari irriducibili della “Cristianità”.

Petacco, lascia da parte le tragedie del Novecento e si tuffa nel passato prendendo lo spunto, e che spunto, dalla “Lectio magistralis” pronunciata nel settembre 2006 a Ratisbona da Papa Benedetto XVI, che suscitò polemiche a non finire.

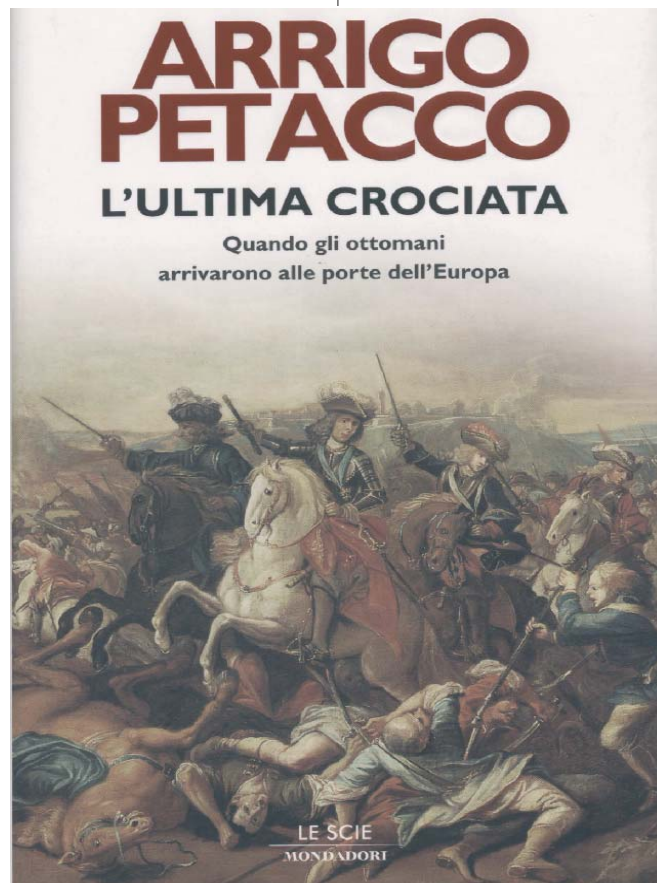
L’autore, con piglio giornalistico, ripercorre le drammatiche fasi della lotta millenaria del mondo cristiano contro l’Islam. E ci riporta ai meravigliosi ricordi scolastici, a quel 732 quando i paladini di Carlo Martello bloccarono a Poitiers la prima, sino ad allora inarrestabile, invasione araba, per arrivare al 1697, a Zenta, dove l’esercito del sultano Mustafa fu messo in fuga da Eugenio di Savoia e l’Euro-

pa si salvò. Un cammino lungo, cosparso di morti. Una guerra “santa” tra i cristiani e “loro”, i turchi, che fra il 1522 quando giunsero con la cavalleria fino a Ratisbona in Germania e il 1683, anno in cui i giannizzeri si ritrovarono nuovamente sotto le mura viennesi lasciarono una lunga scia di sangue. E si arriva infine a Ratisbona dove la Dieta imperiale proclamò l’ultimo attacco.

C’è profumo di incenso, in questa “ultima crociata”: si sprigiona spesso dalle mattanze selvagge di mano islamica (ma anche cristiana!) dove campeggia la figura del sultano, signore assoluto, che faceva strangolare i suoi fratelli al momento dell’incoronazione, fra lussi sfrenati e crudeli consuetudini, gli eunuchi, le favorite dell’harem e i corrotti gran Visir: intrighi e congiure. E così sfilano su uno schermo ad alta fedeltà la conquista di Gerusalemme, la caduta di Costantinopoli e si rivivono, con apprensione, la battaglia di Lepanto e gli “entusiasmanti” assedi a Famagosta, Malta, Creta... in un tripudio di colori araldici sui vessilli. Pare di udire gli incitamenti ritmati degli aguzzini che colpiscono con la frusta i rematori, gli ordini urlati per gli arrembaggi, i lamenti degli schiavi incatenati ai remi che trovano orribile morte nel-

l’affondamento delle galee. Sui vari ponti di comando c’è sempre l’autore circondato dai Cavalieri di Malta e dai più bei nomi del “secolo d’oro”: Doria, Orsini, Colonna, Carafa, Vitelli, Gonzaga, Caracciolo. Ma la presenza di Petacco viene segnalata anche nell’estate del 1212, in Francia e Germania per seguire da vicino la “Expediitio infantium”, la crociata dei bambini che a frotte, come fossero affascinati dal pifferaio magico, fuggivano da casa per seguire due loro coetanei, il francese Stefano e il tedesco Nicola. Erano migliaia... Non riveliamo, per chi ignorasse questa triste historia, come andò a finire. Scontri

di civiltà che l’autore tiene polemicamente a ricordare, affidandosi, come prima si diceva, a quel discorso di Papa Ratzinger che denunciando le repressioni e l’oppressività islamica, fece infuriare gli integralisti. Un ammonimento profetico? Petacco conclude sottolineando ancora una volta la disfatta di Zenta. “Dopo di allora – scrive – il sogno islamico di cogliere la “mela rossa” in Piazza San Pietro tramontò definitivamente. Almeno così si spera...”. Quasi a dire che non finisce qui dal momento che “L’ultima crociata” avrà, con i tempi che corrono, un seguito che ci auguriamo venga ancora descritto dalla sua penna che sa la storia. •



IL FUTURO DEL FUTURISMO BERGAMO

fino al 24 febbraio 2008
La mostra si propone di raccontare attraverso circa duecento opere l'influenza esercitata dal Futurismo sugli sviluppi dell'arte visiva del XX secolo per giungere alle più recenti ricerche contemporanee. *Gamec - Galleria d'arte moderna e contemporanea*
telefono: 035 399528

QUADRERIA EMILIANA BOLOGNA

fino al 22 dicembre 2007
Sono esposte circa quaranta opere di grande interesse, dal Quattrocento al Settecento, di artisti emiliani o attivi in Emilia, famosi ma anche rari ed esclusivi. *Galleria d'arte Fondantico*
telefono: 051 265980

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

COSMÈ TURA E FRANCESCO DEL COSSA FERRARA

fino al 6 gennaio 2008
Occasione irripetibile di ammirare oltre centocinquanta opere di diversa tecnica, come dipinti, sculture, miniature, disegni, medaglie, oreficerie e tessuti provenienti dalle più prestigiose istituzioni di tutto il mondo appartenenti all'età di Borso d'Este, signore di Ferrara dal 1450 al 1471.

Palazzo dei Diamanti
telefono: 0532 209988

RACCONTI DELLA TERRA: A SPASSO IN LIGURIA TRA GEOLOGIA E STORIA GENOVA

fino al 28 gennaio 2008
Libri, documenti, rocce, mi-

nerali, fossili, materiali preistorici e archeologici raccontano l'avventura della scoperta scientifica del paesaggio in Liguria.

Biblioteca Civica Berio
telefono: 010 5576010

FERRANTE GONZAGA, PRINCIPE DEL RINASCIMENTO GUASTALLA (RE)

fino al 9 dicembre 2007
Straordinaria esposizione che raccoglie materiali storico artistici per la prima volta riuniti insieme.

Palazzo Ducale
www.comune.guastalla.re.it

ARTE ITALIANA 1968-2007 PITTURA MILANO

fino all'11 novembre 2007
La mostra si propone un'appassionata e alternativa ricostruzione della pittura in Italia negli ultimi

quarant'anni dal 1968 ad oggi.

Palazzo Reale
telefono: 02 80509362

UN CAPOLAVORO PER MILANO 2006. ANTONELLO DA MESSINA MILANO

fino al 25 novembre 2007
Il capolavoro del Quattrocento italiano "L'Annunciata" di Antonello da Messina viene esposto per la prima volta a Milano.

Museo diocesano
telefono: 02 89420019

PITTURA ITALIANA NELLE COLLEZIONI DEL MUSEO PUSHKIN VERONA

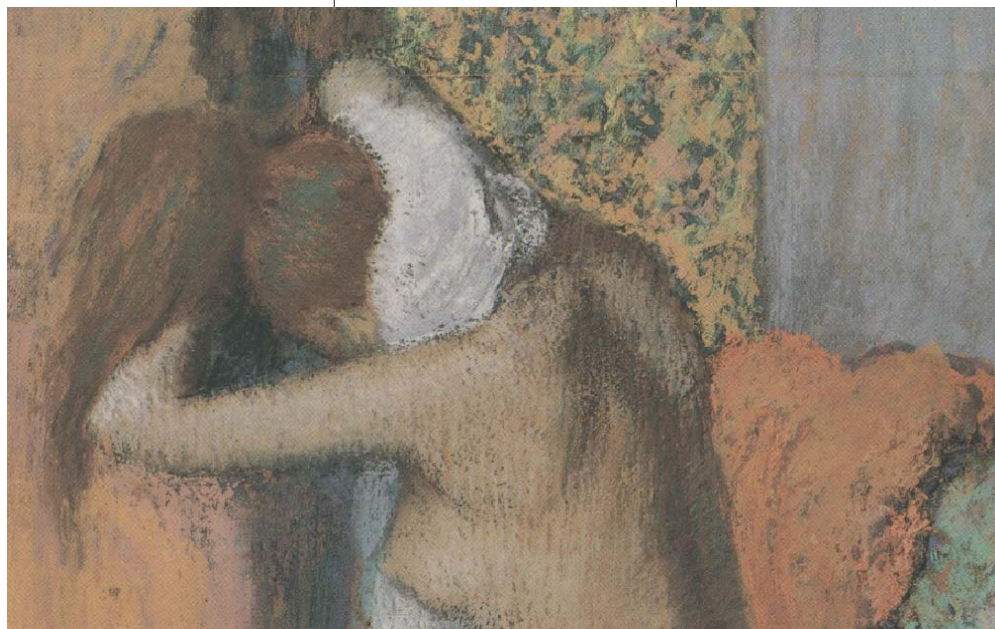
fino al 3 febbraio 2008
Rassegna di ottanta dipinti, con alcuni straordinari capolavori, molti dei quali per la prima volta vengono esposti in Italia.

Palazzo della Ragione
telefono: 199 111 111

ETRUSCHI DI VOLTERRA VOLTERRA (PI)

fino all'8 gennaio 2008
Capolavori da grandi musei europei e le eccezionali scoperte archeologiche rinvenute negli ultimi vent'anni nel vasto territorio toscano di Volterra.

Palazzo dei Priori
telefono: 058891280
www.etruschi-volterra.net



Edgar Degas, *Femme après le bain, particolare*

Tibet, dallo Yunnan agli altipiani

Una terra nella quale si trovano monti oltre i tremila metri e foreste tropicali. Sia la natura sia l'uomo vi hanno scolpito paesaggi unici. Dalla foresta di pietra alla gola del salto della tigre, al monastero di Yufeng. I rapporti non sempre idilliaci tra i tibetani e le autorità cinesi

testo e foto
di Mauro Subrizi

Non esistono i grattacieli nello Yunnan, e di notte alcuni villaggi sono ancora illuminati dalle lanterne. Nella sesta provincia cinese per estensione, lontano dalle metropoli ultramoderne, la gente vive come ha sempre vissuto, e si ha l'impressione che continuerà a farlo. La provincia è terra di etnie antichissime mai del tutto soggiogate dalla rivoluzione culturale. Si estende in longitudine per quasi mille chilometri, dagli altipiani del nord ai piedi dei monti del Tibet, alle foreste tropicali che segnano il confine con la Birmania, il Laos e il Vietnam.

Kunming è la città più importante della provincia. Con i suoi ampi viali fiancheggiati da palme e con le sue affascinanti case di legno, a differenza di altri capoluoghi cinesi, ha mantenuto un'atmosfera rilassante che la rende una località gradevole dove trascorrere qualche giorno.

La città serve anche come punto di partenza per visitare - 120 km a sud est - il famoso complesso noto con il nome di **Shilin** (Foresta di Pietra). La foresta è costituita da un imponente insieme



Venditrice al mercato
di Shangri-La

**La culla culturale
del Tibet
è la verde valle
dello Yarlung
Tsangpo**

Una superficie che è pari a due volte quella della Francia

di pilastri di pietra calcarea grigia, il più alto dei quali raggiunge i 30 metri, che la pioggia ed il vento hanno

eroso e modellato nelle fantasiose forme attuali. Il dedalo di pinnacoli e vette grigie, punteggiato da qualche laghetto, è simile ad un immenso giardino roccioso al quale interno si trovano sentieri con ringhiere, passerelle e padiglioni.

Proseguendo a nord si raggiunge, all'interno di una splendida vallata, la città di

Lijiang. La principale attrattiva è la città vecchia, che si presenta come un suggestivo dedalo di canali, ponti e vicoletti. Il cuore della città vecchia è la piazza del vecchio mercato dove si radunano le donne naxi vestite con i loro costumi tradizionali, i portici della piazza sono ornati da piante che ospitano variopinti pappagalli.

Nella periferia nord della città si estende il **Parco del Lago del Drago Nero**. Oltre a passeggiare intorno al lago all'interno di uno dei panorami più incredibili della Cina, si può visitare l'istituto di ricerca Dongba, che fa parte di un complesso restaurato situato sul pendio della collina.

Nei dintorni, su una collina,

Costumi di una minoranza etnica



sorge il **Monastero di Yufeng**, nel cui cortile cresce da cinquecento anni la camelia dai diecimila fiori, che deve la sua longevità al coraggio di un monaco che si oppose, incatenandosi al tronco della pianta, ad un plotone di guardie rosse che nel 1965 si presentarono lì per sradicarla.

Da Lijiang potete organiz-



zarvi per visitare la **Gola del salto della Tigre**. Lunga in tutto 16 km, la gola raggiunge, dal fondo fino alla cima delle vette innevate, la vertiginosa altezza di 3900 m. Il periodo migliore per visitarla va da maggio all'inizio di giugno, quando i pendii si riempiono di piante e di fiori. L'escursione attraverso la gola si è trasformata da una avventura nota solo a pochi in una esperienza assolutamente da non perdere per chiunque visiti lo Yunnan, anche se lungo il percorso restano scarse le probabilità di incontrare altri viaggiatori stranieri. Sull'altipiano del Tibet, a 198 km a nord ovest di Lijiang, si trova la città di **Zhongdian**. È l'ultima città prima dei confini con il Tibet ed è stata ribattezzata Shangri-La, che in tibetano significa Paradiso in terra. Nella città, a 3250 metri di quota, un'affollata strada principale è incessantemente spazzata dal vento. Gli uomini indossano enormi colbacchi di pelo ed i vecchi sgranano rosari d'ambra e fiutano tabacco. Le case della città vecchia in mattoni di fango, nel tipico stile tibetano, sono abbellite da imposte e porte gialle rosse e verdi. Con una superficie che è pari due volte a quella della Francia, il Tibet conta una popolazione di appena 2,7 milioni di abitanti. I tibetani che vivono nelle province di Gansù, Sichuan, Qinghai e Yunnan (oltre quattro milioni) sono più numerosi di coloro che risiedono nella Regione Autonoma del Tibet. Quasi tutto il territo-

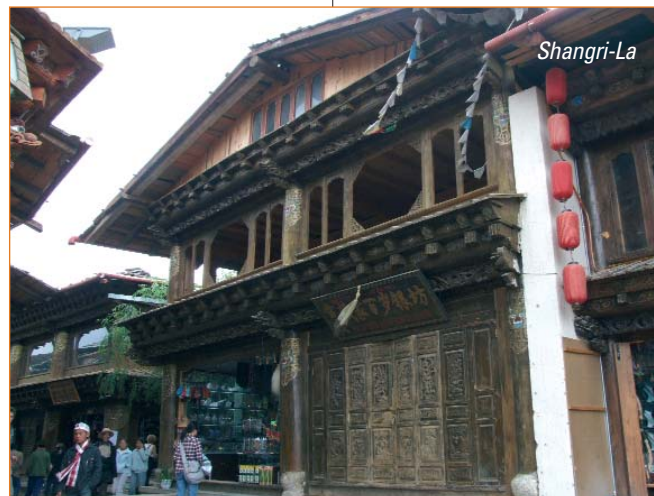
rio è costituito da un immenso altopiano che si estende ad un'altitudine compresa tra 4000 e 5000 metri. La culla culturale del Tibet è la verde valle dello Yarlung Tsangpo (Brahmaputra). Le zone montuose che circondano questa valle sono abitate da pastori seminomadi che allevano yak, cavalli e pecore. La parte occidentale raggiunge un'altitudine ancora più elevata ed il suo centro geografico e spirituale è il monte Kailash.

I tibetani, malgrado gli attacchi culturali degli ultimi 50 anni, non solo sono riusciti a mantenere vive le proprie tradizioni e la propria religione, ma hanno conservato un atteggiamento positivo nei confronti della vita. Malgrado gli sforzi da parte delle autorità cinesi di far apparire roseo il quadro delle condizioni di vita del Tibet la situazione generale è quella di un paese occupato. Il Dalai Lama ha definito la politica cinese nei confronti del suo popolo un "genocidio culturale". Dal canto loro i cinesi non riescono a comprendere l'ingrati-

Per visitare il Tibet si deve ottenere il permesso dall'ente governativo TTB

ne dei tibetani, ai quali ritengono di aver portato strade, ospedali, scuole, un aeroporto e infrastrutture turistiche. I tibetani non possono perdonare al governo di Pechino la distruzione dei loro monasteri e gli attacchi alle loro tradizioni e alla loro religione e non riescono a gioire della presenza massiccia della polizia e dell'esercito cinese. Quel che è peggio è che il massiccio afflusso di coloni han dalle province circostanti minaccia di ridurre i tibetani ad una mera minoranza all'interno della loro regione autonoma e di annientare la loro cultura a favore di quella han.

I regolamenti cinesi stabiliscono che tutti gli stranieri che vogliono visitare il Tibet devono far parte di un gruppo e devono ottenere il permesso dall'ente governativo TTB (Tibetan Tourism Bureau). •



Un volto da attore

Una carriera cinematografica iniziata a dodici anni. Carlo Delle Piane vince nel 1986 il Leone d'Oro come migliore attore in *Regalo di Natale* al Festival del cinema di Venezia. Fianco a fianco con i "mostri sacri" del cinema italiano. La collaborazione con il grande regista Pupi Avati

di Carlo Ciocci

Si nasce o si diventa attore?

In linea di massima non si diventa attore per caso, ma quanti decidono di fare l'attore si recano nelle scuole di cinema per comprendere meglio l'ambiente e imparare la recitazione. Se l'aspirante attore scopre dentro di sé le qualità giuste potrà migliorarle o, viceversa, cambiare mestiere. Ciò che deve essere chiaro sin dall'inizio è che alla base di tutto vi deve essere un grande amore per la recitazione ed una forza interiore in grado di far superare i tanti sacrifici cui si va incontro.

Batte il cuore a pensare di aver recitato accanto a personaggi, solo per citarne alcuni, del calibro di Vittorio De Sica, Eduardo De Filippo, Totò e Alberto Sordi?

Ho iniziato in modo del tutto casuale la mia carriera nel cinema quando avevo dodici anni. Venne presso la mia scuola il regista Duilio Colletti che stava girando *Cuore*, correva l'anno 1948, alla ricerca di facce giuste per determinati personaggi: tra queste facce giuste vi era anche la mia. Io, a quell'età, non pensavo davvero di fa-



re l'attore, ma mi ritrovai catapultato in un ambiente che mi entusiasmava, forse anche perché di fatto mi impediva spesso di andare a scuola. Ricordo che non ero l'unico ragazzo ad essere impiegato per quella pellicola e con i miei coetanei, tra una ripresa e l'altra, trovavamo il tempo ed il luogo per divertirci giocando una partitella a pallone. Nella gente del cinema colpirono i curiosi lineamenti del mio viso e la mia spontaneità che rimaneva inalterata davanti

alla macchina da ripresa. Per venire più da vicino alla domanda, posso dire che a quell'età non comprendevo bene la portata di cosa facevo e dei grandi personaggi che incontravo.

Scuola di recitazione?

Io non ho fatto alcuna scuola di recitazione. Negli anni '60 e '70 la mia scuola erano le sale cinematografiche che frequentavo assiduamente. Ricordo, in particolare, che in quegli anni era di moda il cinema ita-

liano "musicale": non appena veniva fuori una canzone di successo si costruiva una storia calzante e si girava un film con quella musica per colonna sonora. Le canzoni di Little Tony e Gianni Morandi erano tra le più gettonate.

Arriviamo al '76, l'incontro con Pupi Avati.

Fu, il nostro, un sodalizio che definisco virtuoso, di grandi soddisfazioni sia per me sia per Pupi. La prima pellicola girata insieme fu *Tutti defunti... tranne i morti*, dove ero co-protagonista insieme a Gianni Cavina. Tra i tanti film girati con lo stesso regista ricordo in particolare *Regalo di Natale*, dove la mia interpretazione venne premiata a Venezia nel 1986 con il Leone d'Oro.

Chi è un attore?

L'attore è una persona che deve avere dentro di sé una grande sensibilità, fantasia ed un pizzico di follia. Personalmente posso dire che quando accetto un personaggio lo vivo a tutto tondo dopo di che ci rifletto con il regista per comprenderne le minime sfumature. Io non sono un attore "tecnico", mentre ci sono tanti attori acclamati che usano molto la tecnica nella recitazione.

L'unico collega che ho frequentato è stato Aldo Fabrizi, un uomo severo e davvero leale

Io no, a me questa impostazione non trasmette emozioni forti, preferisco un'interpretazione che parta da dentro l'attore, che sia asciutta ed essenziale. Tra Chaplin e Keaton preferisco Keaton: il primo è un indiscusso genio del cinema che pensava anche all'impatto della sua recitazione sul pubblico, mentre Keaton ha sempre lavorato pensando esclusivamente a se stesso ed a quello che stava raccontando nei suoi film. Ciò che per me conta, ripeto, è riuscire a dare delle emozioni partendo da una recitazione interiore, senza enfasi.

Rimane qualcosa del personaggio che si è interpretato, oppure terminato di girare un film si accantona tutto e si passa al prossimo? Come dicevo sono tra coloro che vivono il personaggio che si interpreta in modo profondo. Ho trascorso tutta la mia vita tra l'essere insieme un attore ed un uomo, tra finzione e realtà: a volte mi sono trovato a comprendere quanto un personaggio mi era entrato dentro solo dopo che era trascorso molto tempo dalla fine della lavorazione del film.

Frequenzazioni con i colleghi?

L'unico attore che ho frequentato in tanti an-

ni di cinema è stato Aldo Fabrizi, un uomo molto severo e leale. Non accettava mai nessun compromesso e portava avanti con estrema convinzione le sue idee.

Nei film di Carlo Delle Piane entrerà mai la figura del medico?

Una mia vecchia idea è una storia di un viaggio dentro la follia. Infatti, mi attraggono le persone un po' "fuori", non necessariamente malati di mente, ma perso-

ne che escono dall'ovvio, che vivono la propria esistenza fuori dalle geometrie della vita. In tale contesto potrebbe entrare in scena la figura del medico.

Lo stato di salute del cinema italiano?

I problemi ci sono, ma l'importante è dare nuova linfa al nostro cinema. Seguo con attenzione l'impegno delle nuove leve come, mi piace citarlo, Francesco Felli, un giovane che mi ha

proposto un cortometraggio con una storia che mi ha subito catturato.

Cosa le rimane oggi di una vita nel cinema?

Rimangono tanti sentimenti che vanno dalla commozione alla rabbia. Commozione per i tanti momenti entusiasmanti che affollano i miei ricordi e rabbia per le ingiustizie che anche nel mondo

del cinema si verificano. Come ho detto iniziai a soli dodici anni, dimostravo meno della mia età ed ero un bambino brutto. Quando venne disegnato E. T., l'extraterrestre di Steven Spielberg, forse si saranno ricordati di me. Il mio volto è "picassiano", perché non ho lineamenti definiti, ma io non ho mai avuto complessi per questo: ricordo che ero bambino e le persone mi indicavano sorridendo ed io mi chiedevo se mi additavano perché mi avevano riconosciuto per i

film che giravo o perché semplicemente sorridevano a un bambino brutto. Sicuramente recitare mi ha salvato: per me, per fare una battuta vicina ai lettori del giornale, recitare è come andare in analisi, mi fa sentire bene e quando la mia attività artistica rallenta in cerca di nuove ispirazioni finisco per provare un certo senso di angoscia. ●



Bisogna ridergli in faccia!

di Maricla Tagliaferri

Una manciata di secondi intorno ad una tavola imbandita, tanti sorrisi fra amici uniti da un obiettivo comune: sconfiggere il cancro. Così è lo spot che il regista Ferzan Ozpetek ha confezionato per l'Associazione Italiana Ricerca sul Cancro (Airc) che, con l'appoggio di Rai Cinema, ha deciso di servirsi dello schermo per far conoscere meglio la sua attività. Al centro del gruppo Isabella

Ferrari. Intorno a lei un ricercatore scientifico, una socia Airc, un volontario che distribuisce le azalee di beneficenza e una bellissima ragazza, Giovanna (interpretata da Carlotta Tesconi), che il cancro forse l'ha sconfitto.

"O forse no", puntualizza il regista di *Le fate ignoranti* e *Saturno contro*, attualmente al lavoro su *Un giorno perfetto*, il suo nuovo film. "Non è importante saperlo. Importante è mostrare che ha amici intorno, che la malattia non l'ha isolata dal mondo. Il messaggio che volevo dare è questo: nelle persone colpite dal male non dobbiamo guardare la morte, non dobbiamo offrire pena o pietà. Dobbiamo farli entrare nella nostra vita quotidiana. Conosco persone che stentano perfino a pronunciare la parola "cancro" e si allontanano dai malati come se fossero contagiosi".

Sia Ozpetek che Ferrari hanno avuto - e perso - amici per colpa del cancro. "È stato un dono per me, poter partecipare a questo progetto, un modo concreto per contribuire alla lotta contro questa terribile malattia", dice Isabella e Ferzan aggiunge: "Ho perso un'amica carissima poco più di un anno fa e ho alluso a lei nel film *Cuore sacro*. Un'altra ha avuto una diagnosi terribile, proprio mentre

finivo di lavorare allo spot. Siamo un po' tutti toccati da vicino". La ricercatrice dell'Airc Sylvie Menard commenta: "Fino a 10 anni fa l'aspettativa di vita di un malato oncologico era sensibilmente inferiore rispetto a oggi. Molti la pensano ancora come una condanna certa, ma la certezza ormai è che con un tumore si può convivere".

Lo spot è andato in onda dal 30 settembre su La7 e Sky. Per tutto il mese di ottobre è stato programmato nei cinema. La Rai lo trasmetterà dal 9 novembre, Giornata per la Ricerca sul Cancro. Lo stesso giorno il regista e la sua attrice, in una cerimonia al Quirinale, riceveranno dalle mani di Umberto Veronesi un premio per i loro impegni. "Abbiamo lavorato gratis, è vero - dice Ozpetek -, ma dov'è la meraviglia? Non sono un eroe. Dovremmo pagare noi per metterci al servizio dell'Airc. Credo che nel cinema italiano siano in molti a pensarla come me. È il minimo che si possa fare".

Al contrario, come ha ricordato il critico Paolo Mereghetti, il cinema, ansioso di allontanare temi dolorosi, parla pochissimo dei malati di cancro. Ci sono stati film come *Nemiche amiche* o *Le invasioni barbariche* e da noi, recentemente, *Uno su due* di Eugenio Cappuccio con Fabio Volo.

Il più delle volte poi, come accadeva a Debra Winger in *Voglia di tenerezza*, i protagonisti finiscono per morire. "Le persone muoiono quando vogliamo noi, - si ribella il regista di origine turca, ormai italianissimo - muoiono quando le abbandoniamo, lasciandole sole ad affrontare una lotta in cui conta moltissimo il modo di affrontarla".

Per questo nel suo spot si respira aria di serenità e, soprattutto, di normalità: "Con le persone che mi confidano di essere malate, mi comporto con naturalezza, ci scherzo anche sopra. So di muovermi sul filo del rasoio, perché magari qualcuno può pensare che sottovaluti il problema e aversene a male. Ma io credo che il cancro sia una cosa vigliacca e bastarda: bisogna trovare il coraggio di ridergli in faccia". •



Un momento dello spot dell'Airc diretto da Ferzan Ozpetek e interpretato da Isabella Ferrari

Arnold Schönberg e la dodecafonia

di Piero Bottali

Sono ancora in molti gli amanti della musica a non aver accettato la dodecafonia. Per alcuni non si tratterebbe nemmeno di musica ma di un'accozzaglia di suoni, per altri sarebbe un sintomo di esaurimento della vena creativa dei compositori moderni. Spieghiamoci meglio e parliamo di Arnold Schönberg (Vienna 1874, Los Angeles 1951), inventore della dodecafonia,

tutt'ora una figura controversa nel panorama musicale occidentale. Ancor oggi vi sono due fazioni al riguardo: quelli che lo considerano un genio e quelli che lo detestano cordialmente. Fatte le differenze di stile, la sua sorte ricorda quella di Luigi Nono, Luciano Berio, Igor Stravinsky e anche di Maurice Ravel, il quale, alla prima esecuzione del suo celebre *Bolero* ricevette la solita, micidiale frase *"questa non è musica"* eccetera eccetera. Sebbene fosse compositore eclettico, il nome di Schönberg rimane legato alla dodecafonia. Che cosa è mai questa musica dal nome che sa di matematica? La dodecafonia è un rivoluzionario modo di far musica che vuol costituire un superamento della tradizionale e plurisecolare musica tonale: Schönberg la chiamava infatti "metodo per comporre con dodici note". Reca con sé il rifiuto della codificazione musicale tradizionale, dell'armonia tonale, quella

Reca con sé il rifiuto della codificazione musicale tradizionale

cioè basata sulle scale maggiori e minori e sui gradi più importanti della scala (primo, terzo e quinto) intorno ai quali veniva costruita sia l'armonia che la melodia della composizione. Nella dodecafonia i dodici suoni compresi in un'ottava cromatica hanno tutti la stessa importanza (sono spariti i gradi della scala) e tutti vanno usati senza che uno prevalga sull'altro. Il compositore espone la sua prima idea creativa dando un ordine personale alla scala cromatica in maniera tale che nessuno dei dodici suoni sia ripetuto una seconda volta se prima non vengono suonati gli altri undici. Con parole più adatte per chi conosce la musica, ogni brano deve essere creato secondo la scala cromatica dodecafonica in base ad una serie preordinata e nessuna nota può essere ripetuta fintantoché non sono apparse le altre. Inutile dire che Schönberg fu chiamato cervellotico e accusato di "ingabbiare" la musica. Certo, la dodecafonia non è facile da capire né è rilassante, ma per Schönberg rispecchiava perfettamente la mancanza di libertà dell'uomo del suo tempo. •



Arnold Schönberg (a sin.) con Alexander von Zemunsky a Praga, attorno al 1917



È POSSIBILE "DOPO" CONTINUARE A LAVORARE?

Caro Presidente,
sono un medico convenzionato Asl per la medicina generale che produce anche una quota di reddito libero professionale con versamento del 12% nel Fondo obbligatorio per la libera professione in quanto anche specialista non convenzionato.
Ho iniziato il riscatto degli anni di laurea (ho pagato la prima rata nel mese di dicembre 2006). Ti scrivo per alcuni chiarimenti ringraziandoti anticipatamente se avrai modo di rispondermi.
Desidererei sapere:

- a che età potrò andare in pensione?
 - Se vado in pensione all'età minima quale sarà l'importo della pensione e da quando potrei usufruirne?
 - Se vado in pensione all'età di 65 anni quale sarà l'importo della pensione e da quando potrei usufruirne?
 - Se volessi andare in pensione il più tardi possibile qual è l'età?
 - Quale sarà l'importo della pensione?
 - Da quando potrei usufruirne?
 - Una volta in pensione è possibile continuare a svolgere l'attività libero professionale specialistica?
 - Se ciò è possibile comporta qualche penalità sulla pensione?
- Ringraziandoti porgo i più distinti saluti.

Lettera firmata

Caro Collega,
le vigenti norme prevedono che il trattamento pensionistico ordinario, venga riconosciuto all'iscritto che dopo il compimento del 65° anno di età cessi dal rapporto professionale svolto in convenzione con gli istituti del Ssn. La rendita pensionistica è conseguibile, altresì, dopo il compimento del 58° anno di età, a condizione di aver maturato una anzianità contributiva effettiva, riscattata e/o ricongiunta, non inferiore a 35 anni e di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia da almeno 30 anni. Sulla posizione accesa a tuo nome presso il Fondo medici di medicina generale risultano accreditati contributi effettivi, a decorrere dal mese di agosto 1982, per un importo pari ad euro 113.514,89, sulla base dei quali gli uffici hanno provveduto a determinare le richieste proiezioni pensionistiche. I relativi importi sono stati calcolati supponendo la totale estinzione dell'onere dovuto a titolo di riscatto degli anni di laurea.
Riguardo al raggiungimento dei requisiti prescritti per il collocamento al riposo, considerando gli anni oggetto di riscatto, maturerai l'anzianità contributiva necessaria ad accedere al trattamento di quiescenza nel mese di luglio 2011. Tuttavia, in applicazione della Legge 449/97, la decorrenza della pensione anticipata è stata fissata al 1° aprile 2012, prima finestra utile di uscita. Ipotizzando, quindi, la cessazione dell'attività professionale a tale data, la rendita pensionistica che percepiresti a carico del Fondo medici di medicina generale è quantificabile in circa euro 1.750,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vi-

genti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità, al lordo delle ritenute fiscali, pari a circa euro 46.000,00 e un trattamento pensionistico, lordo mensile, pari ad euro 1.500,00 circa.

In caso di pensionamento al compimento del 65° anno di età, ti verrebbe riconosciuta, a decorrere dal mese successivo alla effettiva data di cessazione, una rendita pensionistica lorda mensile pari ad euro 2.500,00 circa. Se optassi per un trattamento misto, l'indennità in capitale ammonterebbe a circa euro 55.000,00 lordi e la pensione mensile sarebbe pari a circa euro 2.100,00 al lordo delle ritenute fiscali.

Se decidessi, invece, di protrarre lo svolgimento della medicina generale fino al compimento del 70° anno di età, limite stabilito dal vigente Accordo collettivo nazionale di categoria, ti verrebbe riconosciuto un trattamento pensionistico, lordo mensile, pari ad euro 3.100,00 circa. Nel caso optassi per l'indennità in capitale, la stessa ammonterebbe a circa euro 57.000,00 lordi e la pensione sarebbe pari a circa euro 2.700,00 lordi mensili.

Per quanto riguarda la possibilità di esercitare la libera professione dopo la cessazione della attività convenzionata, ti informo che non solo tale scelta non comporta alcuna penalizzazione rispetto al trattamento di quiescenza già maturato ma, l'eventuale prosecuzione della corresponsione dei relativi contributi presso la "Quota B" del Fondo di previdenza generale, determinerebbe un supplemento della rendita pensionistica che percepirai a carico del predetto Fondo al compimento del 65° anno di età. La liquidazione della ulte-

riore quota di pensione viene effettuata d'ufficio con cadenza triennale, sulla base dei contributi relativi al periodo di riferimento.

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

Eolo Parodi



INPS - ENPAM E RICONGIUNZIONE

Gentile Presidente,
laureato in Medicina nel 1996 e nello stesso anno iscritto all'Ordine dei medici. Ho effettuato il servizio militare (già riscattato). Ho lavorato per 19 anni alle dipendenze di azienda farmaceutica (contributi Inps), dal 1985 al 2004. Da 11 anni verso i contributi all'Enpam per lavoro libero-professionale svolto nelle carceri e Continuità assistenziale.

Pongo le domande:
conviene effettuare la Ricongiunzione Inps-enpam? Quali sono i vantaggi? Quanto dovrei versare?

I medesimi quesiti mi permettono di rivolgere anche per il riscatto della laurea: conviene? Vantaggi? Importo?

Facendo la ricongiunzione e il riscatto della laurea a quanti anni potrò andare in pensione e con quale cifra ipotetica?

In caso di invalidità o pre-morienza che cosa può accadere? Concludo segnalando che 2 anni fa ho fatto richiesta di ricongiunzione dei contributi e l'anno scorso quella per riscatto, sono in corso le pratiche relative. Ringraziandoti per le risposte che vorrai fornirmi in maniera da poter ponderare il futuro, anche se con approssimazione, ti saluto distintamente.

Lettera firmata

Caro Collega, in seguito alla domanda di ricongiunzione da te presentata presso il Fondo dei medici di medicina generale dell'Enpam i competenti uffici della Fondazione hanno richiesto all'Inps la documentazione relativa alla tua posizione contributiva maturata presso tale Istituto, al fine di determinare il costo dell'operazione e l'incremento della prestazione che ne deriverebbe.

Non appena l'Inps si attiverà in tal senso, ti sarà inviata la proposta di ricongiunzione, comprensiva dell'onere a tuo carico, frazionabile in versamenti rateali, che, ove la reputassi conveniente, dovrai accettare entro 60 giorni, pena la decadenza.

L'istituto della ricongiunzione ti permetterebbe di godere di una pensione a carico del Fondo dei Medici di Medicina generale determinata sulla base di tutta la tua carriera lavorativa. Inoltre, nella valutazione complessiva circa la convenienza di tale operazione, è opportuno tener presente la possibilità di dedurre interamente dall'imponibile Irpef l'importo dell'onere economico sostenuto per la ricongiunzione, in base a quanto stabilito dall'art. 13 del Decreto Legislativo 18 febbraio 2000 n. 47.

Successivamente, in base alla tua decisione di accettazione o diniego della proposta, sarà possibile approntare anche un prospetto relativo all'eventuale costo del riscatto della laurea e all'incremento di pensione che comporterebbe, il cui calcolo è, infatti, subordinato al perfezionamento della procedura di ricongiunzione.

L'istituto del riscatto incide favorevolmente oltre che sull'importo della pensione anche sull'anzianità contributiva.

Il riscatto degli anni di laurea, pertanto, unitamente alla ricongiunzione ti consentirebbe di anticipare l'età del pensionamento, in quanto con queste operazioni matureresti il requisito assicurativo richiesto dalle vigenti disposizioni regolamentari (35 anni di anzianità contributiva) nel 2013. Per quanto riguarda, invece, i

contributi versati presso il Fondo della libera professione – "Quota B" del Fondo generale, considerato che tale Fondo non eroga prestazioni di anzianità, potrai godere di un ulteriore trattamento previdenziale di vecchiaia al compimento dell'età pensionabile. A titolo informativo ti segnalo la possibilità di attivare, in alternativa alla ricongiunzione, l'istituto gratuito della totalizzazione, introdotto dal decreto legislativo 2 febbraio 2006, n. 42. Tale normativa ha, infatti, previsto in favore del lavoratore iscritto a due o più forme di assicurazione obbligatoria, che non sia già titolare di un trattamento pensionistico presso una delle predette gestioni, di cumulare gratuitamente i periodi contributivi non coincidenti, di durata non inferiore a sei anni, al fine di maturare il diritto ad un trattamento previdenziale.

A differenza della ricongiunzione, ai fini della misura del trattamento pensionistico, ogni Istituto, ciascuno per la parte di propria competenza, determina la misura della prestazione, pro quota, in rapporto ai rispettivi periodi di iscrizione maturati.

Quanto al trattamento pensionistico di anzianità da totalizzazione, devo evidenziarti che non può maturare nel tuo caso in quanto, per tale prestazione, la normativa richiede 40 anni di anzianità contributiva che tu maturerai nel 2018, quando compirai anche 65 anni. A norma di regolamenti Enpam, in caso di invalidità assoluta e permanente all'esercizio dell'attività professionale, o di decesso prima della cessazione dell'attività professionale e, comunque, prima del compimento del 65° anno di età, all'iscritto, o ai suoi superstiti, spetta un trattamento previdenziale pari a quello che gli sarebbe spettato in caso di cessazione dell'attività al compimento del 65° anno di età, con un incremento dell'anzianità contributiva di tanti anni quanti ne mancano al compimento del 65°, fino ad un massimo di 10.

Ti saluto cordialmente.

E P



ESERCITO LA PROFESSIONE DA 32 ANNI

Carissimo Presidente, sono un medico di Medicina generale. Esercito da 32 anni tale professione. Sono stato medico ospedaliero per 5 anni, sei mesi ed un giorno (part-time). Vorrei sapere se i contributi previdenziali trattenuti dall'Inadel per il periodo ospedaliero suaccennato siano stati versati o meno all'Enpam. In caso negativo, cosa devo fare? Inoltre, secondo la legge, quando potrei andare in pensione? E con quanto (non ho riscattato gli anni di laurea e di specializzazione)?

Ti ringrazio. *Lettera firmata*

Caro collega, le norme regolamentari attualmente in vigore prevedono che il trattamento pensionistico ordinario, venga erogato all'iscritto che cessi dal rapporto con gli istituti del Ssn dopo il compimento del 65° anno di età. La rendita pensionistica è riconosciuta, altresì, al medico che cessi lo svolgimento dell'attività convenzionata al raggiungimento del 58° anno di età, sempre che egli abbia maturato presso il Fondo una anzianità contributiva effettiva o riscattata, ovvero ricongiunta a norma della Legge 45/1990, non inferiore a 35 anni; è necessario, inoltre, aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia da almeno 30 anni. Riguardo alla tua posizione previdenziale, ti informo che presso il Fondo medici di Medicina generale risultano accreditati contributi, a decorrere dal mese di dicembre 1973, per un importo pari ad euro 174.824,27, comprensivi dei versamenti, a carattere non continuativo dal mese di agosto 1976 al mese di dicembre 1979, effettuati in tuo favore dall'Inadel. Nel merito, ti preciso che la contribuzione relativa all'attività svolta in qualità di medico ospedaliero è stata presumibilmente versata presso l'Inpdap, istituto al quale ti consiglio di richiedere un estratto

conto che ti consenta di verificarne l'effettivo accreditamento. Successivamente, potrai valutare l'opportunità di ricongiungere la contribuzione in parola presso il Fondo medici di medicina generale. Ti comunico che una eventuale domanda di ricongiunzione, dovrà obbligatoriamente pervenire prima della cessazione dell'attività convenzionata e che, il completamento di tale procedura, incrementerebbe il compenso medio annuo utilizzato come base per il calcolo della pensione. Ti faccio presente, inoltre, che l'onere relativo all'operazione di ricongiunzione può essere corrisposto in un'unica soluzione o ratealmente, trattenendolo dalle tue competenze pensionistiche fino alla completa estinzione dello stesso. Per quanto riguarda la data del collocamento a riposo, ti informo che maturerai 35 anni di anzianità contributiva presso il Fondo nel mese di agosto 2008. Tuttavia, in applicazione della legge 449/97, il trattamento pensionistico anticipato decorrerebbe dal 1° aprile 2009, prima finestra utile di uscita. Essendo tale data successiva al compimento del 65° anno di età, requisito previsto dalla vigente normativa per il conseguimento del trattamento pensionistico ordinario di vecchiaia, gli uffici hanno provveduto a determinare la richiesta proiezione pensionistica ipotizzando la cessazione dell'attività convenzionata al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico. Al compimento del 65° anno di età, quindi, la rendita pensionistica mensile che percepiresti è quantificabile in circa euro 2.600,00 al lordo delle ritenute. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa euro 58.000,00 lordi e una pensione, lorda mensile, di circa euro 2.200,00.

Colgo l'occasione per salutarvi cordialmente.

E P

Struttura moderna per antichi francobolli

Presso i Musei Vaticani a Roma è stata inaugurata la nuova sede del Museo Filatelico e Numismatico. Le mostre-mercato in Italia nel mese di Novembre

di Gian Piero Ventura

Nell'ultimo numero abbiamo iniziato a parlare della nascita della filatelia nello Stato della Città del Vaticano ed ecco che una interessante novità viene proprio a collocarsi in questa direzione. Infatti, a fine settembre, è stata inaugurata la nuova sede del Museo Filatelico e Numismatico che, grazie ad una scelta precisa, è stata collocata all'interno dei Musei Vaticani.

Naturalmente, questa nuova area entra a far parte a pieno titolo del prestigioso circuito all'interno dell'organizzazione e ne diventa la 31esima realtà museale, inquadrandosi nel reparto raccolte storiche.

Una scelta dunque importante che si rifletterà anche sul pubblico del museo, di certo non esperto del settore; basti pensare che i Musei Vaticani, con i loro cinque secoli di storia, sono tra i più grandi ed importanti del mondo nonostante la proprietà sia dello stato più piccolo del pianeta.



Un espositore del nuovo Museo filatelico e numismatico

Bastano solo pochi dati per rendere l'idea dell'importanza della struttura: nel 2006 è stata visitata da 4 milioni e trecentomila persone e, solo in un giorno dello scorso settembre, sono entrati oltre 21 mila visitatori.

Dati davvero impressionanti, che inorgoliscono ancora di più gli appassionati di filatelia per questa decisione che porta l'arte, la storia e la cultura dei francobolli e della numismatica sotto la lente del grande pubblico.

Volendo a proposito fare una breve digressione su quest'ultimo tema, l'Ufficio Numismatico Vaticano, nel prossimo mese di dicembre, emetterà 8 repliche in oro delle ultime otto monete vaticane co-

**Il museo nel 2006
ha registrato oltre
quattro milioni
e trecentomila
visitatori**

niate in lire nel 2001. La tiratura prevista è di 499 cofanetti, ognuno di questi numerato e corredato di una certificazione di garanzia. Una iniziativa abbastanza unica e sicuramente di valenza storica ed artistica.

Tornando però immediatamente al mondo filatelico segnaliamo, come ci viene spesso chiesto, alcune mostre mercato presenti nella Penisola dove potersi recare nel mese di novembre: il 9 e 10 a Napoli al Palapartenope di Fuorigrotta per la 24esima edizione di "Napoli Collezione"; il 17 e 18 a Bologna presso il Palanord di via Stalingrado per il "52° Biophilex" ma anche alla Fiera di Padova per la 55esima Mostra Mercato ed, infine, il 24 e 25 la 36esima Mostra Mercato a Parma presso la palestra Ipsia di Via Abruzzi. •

MUSEI VATICANI

06.69883333 informazioni

06.69884947 attività didattiche e visite

06.69885100 fax prenotazione gruppi

06.69884019 fax prenotazione singoli

www.vatican.va



A cura
dell'Avv. Pasquale Dui (*)

Con la sentenza n. 34200 del 6 agosto 2007, i giudici della sesta sezione penale della Corte di Cassazione prendono una posizione forte e decisa, che sembra voler scoraggiare la tendenza assolutoria, che invece resiste nei colleghi di merito, i quali hanno assolto l'imputato perché, prescrivendo medicine di origine naturale, non ha compiuto atti riconducibili all'attività propria di un medico. Diversamente, la Cassazione afferma che anche se i rimedi omeopatici non sono riconosciuti dallo Stato devono in ogni caso essere prescritti da chi è medico; pertanto, chiunque prescriva medicinali omeopatici senza possedere il titolo di medico va incontro ad una sicura condanna penale per esercizio abusivo della professione medica, reato previsto dall'art. 348 cod. pen..

Nel caso specifico occorre sottolineare che i supremi magistrati, in accordo con la pubblica accusa, non hanno dato al-

cun peso al fatto che i pazienti dell'imputato fossero consapevoli della mancanza di laurea in medicina di chi prescriveva loro i rimedi da prendere e a nulla è servito precisare che le indicazioni sulle cure fossero solo verbali e non formalizzate in una ricetta.

Nel 1999, con la prima e innovativa pronuncia sul tema (Cass. n. 2652/1999) i magistrati avevano già definito illegale la condotta di chi compie diagnosi, rilascia prescrizioni e compila ricette sanitarie per prodotti omeopatici. Adesso aggiungono e precisano che l'assenza di una vera e propria specializzazione medica all'Università, nel-

Anche l'omeopata deve essere medico

La Cassazione: se i rimedi non sono riconosciuti dallo Stato devono in ogni caso essere prescritti da un laureato in medicina. La sentenza pronunciata lo scorso agosto



l'ambito del normale corso di studi in medicina, non vale ad escludere l'omeopatia dalle professioni mediche. Anzi, sempre secondo la Cassazione, proprio l'intrinseca eccentricità dell'omeopatia rispetto al sapere medico tradizionale impone che l'esercizio di tale attività debba essere subordinato al controllo, di natura pubblicistica, dell'esame di abilitazione e dell'iscrizione all'albo professionale e, prima ancora, al conseguimento del titolo accademico della laurea in medicina; tanto più in considerazione del progressivo ingresso dei rimedi omeopatici nel sistema regolamentato di cure, con l'inserimento di numerosi

prodotti nella farmacopea ufficiale italiana a disposizione della medicina tradizionale.

La Cassazione non ha dubbi che pratiche innovative, quali omeopatia, chiropratica, agopuntura, ipnosi curativa, idrologia, fitoterapia e massaggi terapeutici siano un'esclusiva dei medici.

Possono, invece, stare abbastanza tranquilli quanti si rivolgono ad ottici per la prescrizione di lenti a contatto: perché per questi, sottolinea la Cassazione, non è prevista la laurea in medicina. Stesso discorso per l'attivazione di una ginnastica oculare rieducativa, mediante apparecchiatura elettronica, per la depilazione con gli aghi, la misurazione della pressione arteriosa non seguita da giudizio diagnostico, la gestione di un centro tricologico con finalità di miglioramento estetico, la consulenza dietetica in un centro di rieducazione alimentare, la vendita di erbe con le indicazioni delle loro modalità di azione e per la realizzazione di tatuaggi. In tutti questi casi non serve la laurea in medicina.

(*) del Foro di Milano

È MORTO IL PADRE DI GIAMPIERO MALAGNINO

Ci ha lasciato Enzo Malagnino, padre del nostro vice presidente Giampiero.

Era un giovanotto di quasi 90 anni, lucido, simpatico, pugliese. Grande Medico.

Era nato a Sava in provincia di Taranto nel marzo del '18; nel '43 s'era laureato a Bari e, dopo un breve periodo come ufficiale medico, aveva iniziato la professione a San Marzano, un paese di 7000 abitanti. Fino al 1960 lavorò da solo, unico medico di medicina generale.

Quando altri due colleghi lo affiancarono trovò con loro un accordo per garantire non solo ai pazienti, ma a tutti i cittadini un'assistenza 24 ore su 24.

Il dottor Enzo in quel periodo per lui glorioso, esercitò anche l'odontoiatria, passione che trasmise a due dei suoi tre figli, Giampiero e Vinio. Il terzo, Antonio, è avvocato. Il dottore di San Marzano andò in pensione a 75 anni, dopo aver vinto un ricorso al TAR; a 70 anni aveva preferito aver cura di 500 assistiti rinunciando a una più vantaggiosa pensione Enpam. Si sposò nel 1951 con Netta Cavallo.

Dai racconti affettuosi dell'amico Giampiero ci sembrava di conoscerlo. Sappiamo molto su di lui tanto da compiangere unitamente ai familiari.

Un altro amico è salito nello spicchio di cielo destinato ai medici.

G. Cris

CI HA LASCIATO ANCHE LA VEDOVA BENAGIANO

Anche Maria Luisa Piergili, la vedova del prof. Andrea Benagiano che dell'Enpam fu l'illuminato fondatore, ci ha lasciato.

Una storia, questa del nostro Ente di previdenza, che venne raccontata a Roma nel corso di una commovente cerimonia quando furono ricordati i 70 anni di quella che oggi è una delle più apprezzate Fondazioni. In quella giornata dei ricordi era presente anche la signora Piergili, accompagnata dai figli Ezio e Giuseppe. Nonostante il peso degli anni la vedova Benagiano aveva assistito, veramente interessata, a tutta la lunga cerimonia culminata con la consegna, proprio a lei, di una targa ricordo per quanto il prof. Benagiano aveva fatto per l'avvenire pensionistico dei medici italiani.

Ai familiari tutti, le condoglianze dell'Enpam.

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma

giornale@enpam.it

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

OTTIMIZZAZIONE

Claudia Furlanetto:

email: c.furlanetto@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermoni

email: studio.sermoni@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

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

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno:

email: archivio.giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - ablestock.com

MENSILE - ANNO IX - N. 9 DEL 23/10/2007

**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



Servizi Integrativi

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

