



Aiutarli oggi anche per il domani

di Eolo Parodi

È scoppiata la grana della previdenza per i nostri specializzandi. Volevamo che venissero con noi all'Enpam, ma qualcuno, chiamandolo il destino per non far nomi, ha voluto che passassero tutti all'Inps. Adesso dovrebbero sopportare un altro mortificante balzello.

Già è difficile per loro vivere: perseverare negli errori è diabolico.

Noi vogliamo aiutarli e far sì che rientrino nella loro casa naturale, l'Enpam. La battaglia la faremo insieme a loro e già in questi giorni stiamo "agitando" le responsabilità altrui. Siamo pronti ad aiutare questi giovani colleghi sia ricorrendo ai nostri legali, sia

avvalendoci di altri supporti difensivi.

Queste sono le vere occasioni per dimostrare che l'Enpam esiste ed è pronto ad avvalersi del proprio ruolo per difendere coloro che saranno, ci auguriamo, il nostro orgoglio del futuro. •





di Mario Falconi (*)

Vogliamo difendere i medici. Vogliamo difendere noi stessi. Il problema è difficile da risolvere, perché stiamo lentamente precipitando in una voragine. Ho pensato, anche avvalendomi dell'esperienza di Eolo Parodi, che della professione conosce luci ed ombre, di ricorrere a uno studioso, Aldo Piperno, professore ordinario di Scienze dell'organizzazione all'Università di Napoli con il quale ho elaborato un rapporto sulla situazione della medicina difensiva in Italia in un "quadro comparato" tra problemi, evidenze e conseguenze. Ne abbiamo discusso in tanti in una riunione aperta al pubblico e alla stampa, presenti, oltre all'autore della ricerca, il professor Ferruccio Fazio, sottosegretario al Welfare e il giornalista Luciano Onder che da anni segue la storia della medicina. Questo lungo preambolo per ricordare a tutti noi che la medicina difensiva, cioè il surplus di cautele, prestazioni, esami e farmaci che

Impariamo a difenderci

i colleghi prescrivono per mettersi al riparo da possibili cause giudiziarie, costa uno sproposito ai bilanci dello Stato.

Parliamo di miliardi di euro, tra i dodici e i venti, numeri che sono stati condivisi dal sottosegretario Fazio. Se consideriamo che Governo e Regioni si fronteggiano, a volte anche aspramente, per circa due miliardi di euro, i conti sono semplici. Nella migliore delle ipotesi, abbassando i costi della "difesa", facendo lavorare i medici più serenamente, si riuscirebbe a ripianare i conti sanitari per almeno cinque anni.

La ricerca, condotta con rigore scientifico, ha purtroppo confermato che la medicina difensiva spesso ci spinge a prescrivere, a volte in eccesso, farmaci ed esami per proteggerci da eventuali denunce se non ad evitare i grandi rischi, nei quali ci "imbatiamo" nello svolgimento del nostro ruolo professionale. Tutto ciò porta purtroppo ad un progressivo sfarinamento del rapporto tra noi e i pazienti.

D'altra parte, ricordando che la ricerca da noi condotta ha messo sotto la lente d'ingrandimento un elevato numero di medici ed è, quindi, più che valida a dimostrare la vastità

del problema, ci preme segnalare un dato più che allarmante:

sono quasi 30 mila l'anno le cause intentate contro i medici che costano alla Sanità pubblica 500 milioni di euro ogni dodici mesi solo per i costi assicurativi.

È inutile girare attorno al problema, siamo di fronte a una realtà spaventosa che richiede interventi che sanciscano nuove regole sulla responsabilità profes-

sionale del medico.

Occorre, spero di non essere il solo a sostenerlo, istituire nelle strutture sanitarie unità di valutazione tecnologica per l'organizzazione, la manutenzione e il collaudo delle strumentazioni oltre a unità di rischio clinico, da estendere, attraverso linee guida, su tutto il territorio nazionale. Basta piangerci addosso.

Ricordiamoci il Giuramento di Ippocrate ma anche, almeno qualche volta, che anche noi medici abbiamo bisogno di cure certe ed efficaci. •

(*) Vice presidente vicario Enpam



La difficile arte del comunicare

di Alberto Volponi (*)

Nel programma di legislatura presentato dal presidente Parodi nel gennaio del 2006 un intero capitolo è stato riservato al tema della comunicazione.

Da qui la Fondazione Enpam ha assunto una serie di iniziative che hanno comportato notevoli cambiamenti inerenti sia la comunicazione interna, con l'attivazione e l'implementazione di un'efficace e funzionale intranet aziendale, sia quella esterna.

Per evidenti ragioni è il caso di soffermarsi sulla comunicazione esterna.

Capisaldi della comunicazione esterna sono:

- il Giornale della Previdenza, rivisitato nel formato, che, con **430.000** copie mensili, ospita articoli informativi ed una rubrica apposita di informazioni dirette, in particolare previdenziali, che occupa un quarto di copertina;
- il sito Internet, progressivamente potenziato, che ha avuto, per quanto riguarda gli accessi e il numero degli utenti registrati, l'andamento riportato nella tabella:

Il nostro Ufficio informazioni di Via Torino n. 100 ha ricevuto nel 2007 n. **5.268** medici e, sempre nello stesso anno, le postazioni presenti in 29 Convegni e Congressi sono state visitate e consultate da **3.374** medici.

Oltre a ciò, in media, si spediscono ogni anno **1.200.000** lettere.

Presso le sedi provinciali degli Ordini dei medici sono da tempo posizionati **1** o **2** totem. Gli Ordini, poi, possono porre quesiti previdenziali ad un pool di **5** funzionari, appositamente formati, tramite linee telefoniche dirette.

Altra novità di rilievo è rappresentata dalla nascita, a febbraio 2007, del SAT e proprio l'analisi dei flussi del nuovo Servizio di Accoglienza Telefonica ci costringe ad alcune riflessioni.

In un anno e mezzo sono pervenute ben **261.592** telefonate che sono, poi, nella grande maggioranza, vere richieste di consulenze, e due dati, in particolare, sono da evidenziare:

- nel mese di luglio 2007 **29.545** telefonate;

- a luglio 2008 ben **55.247** telefonate.

Dati inattesi, sorprendenti e, ad una prima e superficiale lettura, inspiegabili.

L'attivazione e il miglioramento quali-quantitativo di tutti questi strumenti comunicativi, nel pubblicizzare, informare, far conoscere ad una più ampia platea i servizi e i prodotti offerti dall'Enpam ha determinato un interesse nuovo e diverso di un maggiore numero di iscritti nei confronti del proprio Ente previdenziale.

Questo è un dato certamente positivo e confortante. Ma sembra che si delinei nel contempo l'affermarsi di una distorsiva legge di mercato, ovvero come l'offerta alimenti la domanda, che ricorda, per rimanere in ambito medico, l'apoforisma *"Il posto letto crea l'ammalato"*.

Indubbiamente rimane la necessità di migliorare la qualità dell'informazione rendendola sempre più chiara e facilmente intellegibile, accentuare il coordinamento tra le diverse strutture afferenti l'area

della comunicazione, uniformando sempre più il linguaggio comunicativo, adeguare le disponibilità di risorse umane opportunamente formate, utilizzare le più moderne tecnologie e produttivi sistemi informativi, ma in particolare occorre considerare come la chiave di volta di più funzionali sistemi comunicativi può essere rinvenibile in un'appropriata segmentazione degli iscritti come strumento di marketing diretto.

Non bisogna dimenticare che l'Enpam è articolata in ben cinque Fondi, non una Cassa ma cinque Casse.

Oggi la nostra comunicazione si rivolge indifferentemente a tutti gli iscritti, con conseguente aumento dei costi e inutilità di parte della comunicazione stessa.

È probabile che una diversa strategia nell'individuare e selezionare target di riferimento, rendendo più diretto e specifico il messaggio informativo, ci aiuti nel nostro non facile compito.

Bisognerà continuare a lavorare alacremente in questa direzione anche per evitare che una informazione incompleta o non chiara possa rappresentare un volano ad un esponenziale numero di richieste di ulteriori chiarimenti e notizie, sperando che sia sufficiente!

(*) Direttore generale Enpam

INTERNET	2005	2006	2007	al 31/08/2008
Accessi annui	520.000	1.430.000	1.820.000	1.102.000
Utenti registrati	44.200	67.000	90.000	107.000

Riscossione contributi dei redditi professionali 2007

di Vittorio Pulci (*)

Come è noto, i professionisti iscritti alla "Quota B" del Fondo di Previdenza Generale non devono più effettuare il complesso calcolo dell'importo dovuto a titolo di contributo proporzionale e provvedere contestualmente al versamento dello stesso.

Sono gli Uffici della Fondazione, infatti, che, acquisiti i dati comunicati dagli iscritti con i modelli D 2008 (che dovevano essere restituiti all'Enpam – debitamente compilati – entro lo scorso 31 luglio), provvedono a determinare l'importo del contributo dovuto e lo pongono in riscossione mediante l'emissione di specifici bollettini MAV.

Ad oggi, sono pervenuti circa **93.000 modelli D cartacei**, per i quali si è già proceduto alla lettura au-



Oltre 25mila professionisti hanno preferito utilizzare il servizio di dichiarazione telematica dei redditi riservato agli utenti registrati al sito web della Fondazione www.enpam.it

tomatizzata dei dati in essi contenuti. Oltre **25.000** professionisti hanno preferito utilizzare il servizio di dichiarazione telematica dei redditi, riservato agli utenti registrati presso l'Area riservata del si-

to web della Fondazione (www.enpam.it). Tale preferenza è riconducibile alla semplicità di utilizzo del portale Internet ed al tempestivo riscontro dell'avvenuta ricezione della dichiarazione reddituale, as-

sicurato 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, all'emissione di circa **112.000** bollettini MAV, relativi ad altrettanti iscritti tenuti al versamento del contributo "Quota B", per un importo

complessivo di oltre **259** milioni di euro.

Il relativo pagamento doveva essere effettuato in un'unica soluzione (non sono ammesse rateazioni) entro il **31 ottobre** del corrente anno e comunque

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'indica-

zione 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.

Per gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it è attivo un servizio di stampa on-line del duplicato del bollettino MAV

non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato (pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale) spedito dalla **Banca Popolare di Sondrio**.

Tale Banca offre in esclusiva agli iscritti alla Fondazione una carta di credito gratuita che, oltre alle ordinarie funzionalità di acquisto, consente di pagare direttamente on-line, anche con addebito rateale, i contributi dovuti all'Enpam. Per richiedere tale carta è necessario accedere all'Area Riservata del sito www.enpam.it e compilare il relativo modulo di domanda. Per ulteriori informazioni sulla Carta Fondazione Enpam è a disposizione il numero verde **800.190.661**; per ottenere chiarimenti sull'accesso al-

l'Area Riservata è possibile contattare il n. 06.48.29.48.29 (*Attenzione: per l'abilitazione all'accesso all'Area Riservata e l'emissione della carta di credito è necessario attendere i relativi tempi tecnici*).

Unitamente al MAV è stato inviato un prospetto esplicativo del calcolo effettuato per determinare l'importo del contributo posto in riscossione. Al fine di consentire all'iscritto di verificare l'operato degli Uffici, in tale prospetto sono evidenziati sia il reddito professionale acquisito che le 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, ovvero 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 è attivo 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).

Per poter usufruire di tale beneficio in sede di dichiarazione dei redditi ai fini Irpef è sufficiente conservare il bollettino MAV utilizzato per il versamento. Sul MAV, difatti, è chiaramente indicata la natura del versamento effettuato (Contributo "Quota B" - Reddito 2007) e l'Istituto di credito o l'Ufficio postale deve apporre il timbro con la data dell'avvenuto pagamento. •

(*) *Dirigente Enpam*

I NUMERI DELLA RISCOSSIONE

Sono stati emessi **111.984** bollettini MAV per un importo pari a oltre **259 milioni** di euro

4.650 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 2007 non è dovuto alcun contributo alla "Quota B" del Fondo Generale.

Per **1.063** 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 **700** 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 **300** 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.

LE 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 2009);
- 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.

Totalizzazione: chiarimenti e qualche novità

Su richiesta di molti dei nostri iscritti riteniamo opportuno ritornare sulla totalizzazione dei periodi contributivi, per offrire soluzioni ai dubbi più frequenti su questa materia.

Il messaggio Inps che chiarisce alcuni punti essenziali della complessa disciplina

di Giovanni Vezza (*)

Com'è noto, la totalizzazione ha la stessa finalità della ricongiunzione contributiva, e cioè normalmente quella di valorizzare spezzoni contributivi che altrimenti andrebbero perduti, ma i due istituti presentano due significative differenze: la prima è che la totalizzazione è sempre gratuita, mentre la ricongiunzione può avere un costo a carico dell'assicurato; la seconda è che con la totalizzazione i contributi non passano da un ente all'altro e ciascun Ente calcola la propria quota di pensione, mentre con la ricongiunzione i contributi vengono concretamente trasferiti presso l'Ente previdenziale accentrante, e la prestazione viene calcolata soltanto secondo le regole in vigore presso tale ultima gestione.

La totalizzazione può essere esercitata a condizione che l'assicurato, senza distinzione fra uomini e donne, abbia compiuto il 65° anno di età e possa far valere un'anzianità contributiva almeno pari a 20



anni (cosiddetta totalizzazione di *vecchiaia*), oppure, indipendentemente dall'età anagrafica, abbia accumulato un'anzianità contributiva non inferiore a 40

anni (cosiddetta totalizzazione di *anzianità*).

Per quanto attiene l'Enpam, data la specificità della sua normativa regola-

mentare, come già sopra accennato, occorre dar conto di alcune particolarità.

In primo luogo, è opportuno occuparsi della problematica della *coincidenza dei periodi assicurati*. L'art. 1, comma 1 del Decreto Legislativo 2 febbraio 2006, n. 42, come recentemente modificato, dice espressamente che la totalizzazione consiste nella possibilità di *cumulare i periodi assicurativi non coincidenti, di durata non inferiore a tre anni, al fine del conseguimento di un'unica pensione*.

Con riferimento ai medici ed agli odontoiatri questa disposizione, ad una prima lettura, appare fortemente penalizzante. Ciò perché essi, oltre al Fondo relativo all'attività principale da loro esercitata (Inpdap per i dipendenti pubblici, Inps per i dipendenti Inps e Fondi Speciali Enpam per i convenzionati e "Quota B" del Fondo generale Enpam per i liberi professionisti) sono obbligatoriamente iscritti, dal mese successivo all'iscrizione all'Albo fino al mese successivo al compimento del 65° anno di età, anche alla "Quota A" del Fondo di previdenza generale Enpam e pertanto tutti i loro periodi di assicurazione previdenziale (fatta eccezione, in alcuni casi, per degli spezzoni marginali) sono coincidenti fra loro.

Tuttavia, sin dalla prima circolare esplicativa (n. 69

L'iscrizione alla "Quota A" non comporta l'esclusione dalla facoltà della totalizzazione dei periodi contributivi

del 9 maggio 2006), l'Inps ha chiarito che il riferimento alla coincidenza dei periodi assicurativi non aveva l'effetto di precludere il diritto alla totalizzazione, ma semplicemente quello di puntualizzare che, *ai fini del perfezionamento dell'anzianità contributiva utile per il diritto alle prestazioni pensionistiche conseguibili attraverso la totalizzazione, la contribuzione accreditata per periodi coincidenti deve essere conteggiata una volta sola*. Ai fini della misura del trattamento, invece, ogni gestione deve valorizzare tutti i periodi di versamento, a patto che abbiano durata superiore a tre anni.

Va pertanto definitivamente chiarito che l'iscrizione alla "Quota A" del Fondo di previdenza generale, anche se normalmente coincidente in tutto o in parte con altri spezzoni assicurativi, non comporta in nessun caso l'esclusione dalla facoltà della totalizzazione dei periodi contributivi.

In secondo luogo, è ben noto che la "Quota A" del Fondo Generale Enpam

non contempla la possibilità di fruire di una pensione di anzianità, ma è previsto solo il pensionamento di vecchiaia, dopo il compimento del 65° anno di età. Da ciò alcuni fanno discendere l'impossibilità di accedere alla totalizzazione ai fini del diritto a pensione di anzianità.

Anche questa impostazione non è corretta. Infatti, accedendo alla totalizzazione, si sceglie di fruire di un trattamento previdenziale completamente diverso dalla pensione Enpam ed avente caratteristiche sue proprie, dipendenti da una legge dello Stato. Pertanto, anche in presenza di iscrizione alla "Quota A" del Fondo Generale, qualora si sia in possesso dei requisiti previsti, e cioè un'anzianità contributiva non inferiore a 40 anni e gli eventuali ulteriori elementi necessari (quali ad esempio la cessazione dell'attività lavorativa dipendente), la pensione di anzianità da totalizzazione può essere regolarmente richiesta e decorrerà, come tutte le altre, dal mese successivo alla presentazione della domanda.

Naturalmente, ciò non toglie che, ove l'iscritto infrassessantacinquenne decida di mantenere l'iscrizione all'Albo professionale, egli, nonostante già goda della pensione, conserva l'obbligo di contribuire alla "Quota A" fino al mese di compimento del 65° anno di età. Se a quella da-

ta sarà in possesso di almeno 5 anni ulteriori di contribuzione, potrà godere di una pensione della medesima gestione, ovviamente commisurata ai contributi versati solo nell'ultimo periodo; in caso contrario avrà diritto alla restituzione dei medesimi contributi, ovvero – per poter comunque avere una pensione aggiuntiva – potrà attivare la facoltà della prosecuzione volontaria della contribuzione almeno sino a quando non raggiungerà i 5 anni di versamento.

Per completezza di informazione, è opportuno in questa sede anche dar conto dell'ultimo messaggio dell'Inps, n. 17730 del 5 agosto scorso, con il quale vengono forniti chiarimenti su tre punti essenziali della disciplina della totalizzazione.

Calcolo della quota di pensione a carico degli Enti pubblici. Il citato D. Lgs. 42/2006 prevede (art. 4, comma 2) che la quota di pensione totalizzata a carico degli Enti pubblici (Inps ed Inpdap) sia calcolata secondo il sistema contributivo, di norma penalizzante rispetto al sistema retributivo. Tuttavia, le successive circolari esplicative hanno stabilito, a vantaggio degli interessati, che, qualora il lavoratore abbia già raggiunto in una singola gestione pubblica i requisiti minimi richiesti per il diritto ad una pensione autonoma, la relativa quota sia calcolata secondo il si-

stema previsto nella gestione medesima (e cioè quindi anche il sistema retributivo). Il nuovo messaggio Inps precisa però che tale deroga si applica *soltanto nell'ipotesi in cui la pensione abbia una decorrenza non anteriore a quella che avrebbe avuto il trattamento pensionistico ove fosse liquidato interamente a carico della forma previdenziale pubblica*. Se si vuole avere diritto a questo beneficio, occorre quindi calcolare l'apertura delle cosiddette "finestre di uscita" della pensione pubblica ed uniformare a queste la presentazione della domanda di totalizzazione.

Pensione di inabilità e a superstiti. Per queste prestazioni non ha alcun rilievo il possesso del requisito minimo dei tre anni in ogni gestione previdenziale, che si applica solo per l'accesso alla pensione di vecchiaia e di anzianità.

Riscatto dei periodi di studio. Il periodo di riscatto degli anni di laurea e specializzazione è pienamente utilizzabile sia per raggiungere i 40 anni di contributi necessari per la pensione di anzianità in totalizzazione, sia per raggiungere il requisito dei 3 anni di contributi in ciascuna gestione previdenziale. Restano esclusi a tali fini solo i periodi di contribuzione figurativa derivanti da malattia o disoccupazione (utili per la misura ma non per il diritto alla pensione). •

(*) Dirigente Enpam

Il punto sulla malattia in maternità

L'articolo 71 del decreto legge 112, trasformato in legge 133/2008, ha creato in molte future o neo mamme punti interrogativi: la normativa riguarda anche le assenze per malattia in gravidanza e connesse alla gravidanza stessa?

di Marco Perelli Ercolini (*)

La norma stabilisce che nei primi dieci giorni di assenza per malattia al pubblico dipendente (nel caso specifico medici ospedalieri) va corrisposto il solo trattamento economico fondamentale (voci del trattamento economico tabellare iniziale e di sviluppo economico, della tredicesima mensilità, della retribuzione individuale di anzianità, degli eventuali assegni ad personam) con esclusione di ogni altro trattamento.

Viene specificato anche che sono fatte salve le norme più favorevoli previste dai contratti collettivi per le seguenti fattispecie: assenze derivanti da infortunio sul lavoro, assenze per malattia dovuta a causa di servizio, ricovero ospedaliero e day hospital, assenze dovute a gravi patologie che richiedono cure salvavita. Inoltre nell'ipotesi di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nel-



l'anno solare, l'assenza deve essere giustificata esclusivamente mediante presentazione di certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica (tra queste va compreso il medico di medicina generale che è convenzionato col Servizio sanitario nazionale).

Inoltre per i controlli viene specificatamente prevista una fascia di reperibilità dalle ore 8 alle ore 13 e dalle ore 14 alle ore 20 di tutti i giorni, compresi i non lavorativi e i festivi. Le assenze per l'interruzione di gravidanza durante i primi 180 giorni di gestazione, le assenze per gli esami nei primi mesi di gravidanza, l'interdizione anticipata per gravidanza a rischio, le assenze per la malattia del figlio come vanno dunque inquadrare?

L'articolo 20 del DPR 1026/76 stabilisce che non sono computabili agli effetti della durata prevista da leggi, da regolamenti o da contratti collettivi per il trattamento normale di malattia, i periodi di assistenza sanitaria per malattia determinata da gravidanza.

Pertanto è chiaro che le assenze per malattie collegate o determinate dalla gravidanza non rientrano nel così detto periodo di comporto.

Riguardo poi, con certificazione rilasciata dal medico di medicina generale, alla interruzione di gravidanza nei primi 180

Non rientrano nel comportamento le assenze per esami e visite connesse alla gravidanza

giorni di gestazione (qualificata all'articolo 12 del DPR 1026/76 come aborto) va tenuto presente che il Testo unico per la tutela della maternità, decreto legislativo 151/01, all'articolo 19 prevede che

l'interruzione della gravidanza, spontanea o volontaria, è considerata a tutti gli effetti come malattia e pertanto, come del resto anche ogni altra assenza di malattia nel puerperio, non incide, indipendentemente dalla durata, sul computo del periodo di comportamento.

Nessun dubbio sussiste per le assenze per gli esami e le visite specialistiche connesse alla gravidanza: non rientrano nel comportamento.

Interpretazioni restrittive e sulle quali vi sono seri dubbi di validità sono sta-

te invece sollevate in caso di interdizione anticipata disposta per gravidanza a rischio per quanto riguarda la obbligatorietà della reperibilità nel domicilio fissato, dato anche il controllo già avvenuto dell'Ispettorato del lavoro e che una permanenza assoluta coatta per tutto il periodo nelle mura domestiche potrebbe mal conciliarsi con una buona gestazione qualora non vi siano esigenze assolute ad un riposo a letto. Per contro, invece, durante questa assenza non si possono pre-

stare altre attività ivi comprese le frequenze a corsi di aggiornamento e specialità.

Per le assenze per le malattie del figlio (senza limite nei primi tre anni di vita e 5 giorni dal 3° all'8° anno) queste non sono già retribuite per norma generale e solo nel pubblico impiego per esplicita previsione contrattuale trovano il pagamento pieno per un massimo di trenta giorni lavorativi nell'anno solare. •

(*) *Consigliere di amministrazione*

Pensione in 12 o 13 mensilità?

Ogni lavoratore provvede alla propria pensione, futura erogazione economica nel post lavorativo, mediante versamenti di contributi durante l'attività lavorativa con trattenute alla fonte da parte del datore di lavoro.

Infatti la pensione non è una regalia, ma il corrispettivo derivato dai sacrifici contributivi a valore corrente del lavoratore durante tutta la vita attiva.

Per questi contributi ne deriva una prestazione periodica mutualistica con aspetti solidaristici.

Le prestazioni economiche che derivano, maturati i requisiti di età e di anzianità contributiva, scaturiscono da calcoli attuariali per il mantenimento dell'equilibrio di cassa.

La pensione viene calcolata su base annua. Il mon-

tante annuo viene poi suddiviso e pagato in rate mensili: di solito 13 mensilità (ma in alcuni settori 14), dando una doppia mensilità nel mese di dicembre. L'Enpam, invece, divide la spettanza annuale per 12. In altri termini non c'è la "tredicesima" perché anticipata in ogni singola mensilità.

Per gli economisti la tredicesima favorirebbe il consumismo in spese spesso superflue e, pertanto, nell'economia familiare sarebbe più utile avere l'equivalente dello spezzone della tredicesima alla fine di ogni singolo mese.

Molti medici dicono però che l'Enpam non dà la gratifica natalizia, in realtà l'anticipa subito dal mese di gennaio.

A chi poi chiede a fronte della chiusura attiva dei bilanci della Fondazione una erogazione aggiuntiva come "tredicesima", ricordiamo che in previdenza nulla può essere regalato perché quello che viene regalato a uno, viene tolto ad un altro. Inoltre i bilanci attivi sono una esigenza di risparmio a fronte del pagamento delle future pensioni, cioè è mettere nel salvadanaio di ciascuno che versa, i soldi della sua futura pensione: l'attivo non è altro che il risparmio forzoso e doveroso correlato ai contributi che vengono versati ora per le future prestazioni. •

m.p.e.



LUC MONTAGNIER, FRANCOISE

Il Nobel per la Medicina

Sono state premiate – secondo gli specialisti svedesi – le scoperte di due virus
Non sono ancora sopite le polemiche tra scienziati relative soprattutto alla scoperta del



Luc Montagnier



Françoise Barré-Sinoussi



Harald zur Hausen

di Ludovica Mariani

Resta in Europa il Premio Nobel per la Medicina 2008 assegnato quest'anno al professor Harald zur Hausen (Germania) per aver determinato il ruolo dell'Human Papilloma Virus (Hpv) nello sviluppo del cancro cervicale e ai professori Luc Montagnier e Françoise Barré-Sinoussi (Francia) per la scoperta dell'Human Immunodeficiency Virus (Hiv). Sono state premiate, hanno sottolineato gli specialisti della Nobel Assembly di Stoccolma, le scoperte di due virus che causano gravi malattie nell'uomo e responsabili di vere e proprie epidemie. L'idea che il Papilloma vi-

rus causasse il cancro cervicale (il secondo tumore più comune tra le donne) ha guidato Harald Zur Hausen negli studi di differenti tipi di Hpv e nelle indagini sul legame del microrganismo con il genoma dell'ospite. Lo scienziato ha dimostrato sia la possibile esistenza di Hpv-Dna in uno stato non produttivo nei tumori, sia le modalità di rilevazione attraverso specifiche ricerche mirate al Dna virale. Lo scienziato tedesco ha scoperto che dietro l'Hpv c'era, in realtà, una famiglia di virus eterogenei. E che solo alcuni tipi causavano il tumore nell'uomo. La sua scoperta ha portato alla caratterizzazione della storia naturale dell'infezione, alla comprensione dei meccanismi della cance-

rogenesi indotta dall'Hpv e allo sviluppo di vaccini profilattici contro il Papillomavirus.

I francesi Luc Montagnier e Françoise Barré-Sinoussi isolarono il virus dell'Hiv nel 1982, identificandone la produzione sia nei linfociti di pazienti nei primi stadi dell'immunodeficienza acquisita sia nel sangue di pazienti con malattia avanzata.

Gli scienziati hanno caratterizzato questo retrovirus come il primo lentivirus umano noto, basandosi sulle sue proprietà morfologiche, biochimiche e immunologiche. Barré-Sinoussi e Montagnier scoprirono inoltre che l'Hiv riduceva l'efficacia del sistema immunitario a causa della massic-

cia replicazione del virus e del danno cellulare ai linfociti. La scoperta è stata una condizione indispensabile per la comprensione della biologia della malattia e per lo sviluppo del trattamento antiretrovirale.

Harald zur Hausen, uno scienziato "controcorrente"

Già dal 1970 Harald zur Hausen, ponendosi in controtendenza rispetto all'opinione prevalente nella comunità scientifica, ipotizza il ruolo di un virus nello sviluppo del cancro cervicale. Secondo il professore tedesco le cellule tumorali contenenti un virus oncogeno avrebbero presentato del Dna virale integrato nel loro genoma. I geni dell'Hpv,

BARRÉ-SINOUSSE E HARALD ZUR HAUSEN

tra francesi e tedeschi

che causano gravi malattie nell'uomo e responsabili di vere e proprie epidemie.
virus Hiv, anche se si devono registrare fruttuose collaborazioni specialmente in Africa

causa della proliferazione cellulare, dovevano di conseguenza essere rilevabili cercandoli all'interno del genoma delle cellule tumorali.

Alla ricerca di diversi tipi di Hpv, Harald zur Hausen perseguì questa idea per più di 10 anni. Una ricerca resa difficile dal fatto che solo alcune parti del Dna virale erano integrate nel genoma ospite. Dopo aver scoperto nuovo Hpv-Dna in biopsie di cancro alla cervice, nel 1983 identifica il tipo Hpv 16.

Inutile dilungarsi sull'importanza di tale scoperta basti dire che non solo oltre il 5 per cento di tutti i tumori nel mondo sono causati da infezione con questo virus, ma che l'Hpv è anche il più comune agente sessualmente trasmissibile: affligge il 50-80 per cento della popolazione. Può, inoltre, essere rilevato nel 99,7 per cento delle donne con tumore al collo dell'utero istologicamente confermato (circa 500mila all'anno). Mettendo la sua scoperta a disposizione della comunità scientifica Harald zur Hausen ha consentito lo sviluppo dei vaccini che attualmente danno il 95 per cento di protezione dall'infezione da Hpv 16 e 18. I vaccini possono inoltre ridurre la necessità di un interven-

to chirurgico e l'incidenza del cancro cervicale.

La scoperta dell'Hiv

La ricerca che ha portato alla scoperta del virus dell'Hiv, per la quale Barré-Sinoussi e Montagnier (rispettivamente 61 e 76 anni) sono stati premiati, prende il via nel 1981, quando i due ricercatori isolano cellule prelevate da linfonodi ingrossati di pazienti in fase iniziale di sindrome da immunodeficienza acquisita. I due scienziati identificano l'attività dell'enzima retrovirale trascrittasi inversa, prova della replicazione di un retrovirus.

Dopo la scoperta, diversi ricercatori hanno contribuito alla dimostrazione di come l'Hiv sia la causa della sindrome di immunodeficienza acquisita (Aids).

I due scienziati francesi, rendendo possibile con le loro ricerche la clonazione del genoma di Hiv-1, hanno consentito l'identificazione di importanti dettagli nel suo ciclo di replicazione e lo studio dell'interazione del virus con il suo ospite. Da qui lo sviluppo di tecniche di diagnosi per i pazienti infetti e per il controllo del sangue che hanno limitato la diffusione della malattia. L'identificazione del virus

e le interazioni con il suo ospite hanno fornito inoltre informazioni fondamentali sulle modalità in cui l'Hiv elude il sistema immunitario alterando la funzione dei linfociti, evolvendosi costantemente e nascondendo il suo genoma nel Dna dei linfociti ospitanti. La sua eradicazione dal corpo infetto è difficile anche dopo un lungo trattamento antivirale. Più ampie conoscenze hanno tuttavia generato risultati che possono fornire idee per il futuro sviluppo di vaccini, oltre ad approcci terapeutici mirati alla latenza virale. •

POLEMICHE E DELUSIONI

Non nasconde la sua delusione (la stessa manifestata dal professor Aiu- ti in una recente intervista) Robert Gallo dopo l'annuncio del Nobel assegnato a Luc Montagnier. Torna così agli onori della cronaca la diatriba che vide opposti i due ricercatori che si attribuivano rispettivamente la paternità della scoperta del virus dell'Hiv. Per derimere la spinosa questione (e dopo che l'Istituto Pasteur dove lavorava Montagnier citò in giu-

dizio il ministero della Sanità statunitense) dovettero intervenire i capi di Stato dei due paesi (Francia e Stati Uniti): Chirac e Reagan decisero di dividere tra i due istituti di ricerca (per Gallo il *National Institute of Health*) sia il nome sul brevetto che le royalties. Dopo la co-scoperta del virus dell'Hiv, Gallo fondò l'*Institute of Human Virology*, centro in cui lavora ancora e dove si impegna nella ricerca, cura e prevenzione dell'Aids. Attualmente, insieme proprio a Montagnier, è impegnato in Africa nella ricerca per lo sviluppo di un vaccino pediatrico contro il virus dell'Hiv capace di bloccare la trasmissione del virus dalla madre al bambino nel periodo dell'allattamento. Inoltre, sempre nel continente Africano, lavora con altri ricercatori alla messa a punto di nuovi metodi tecnologici meno costosi per la cura dei malati di Aids.



"Un esclusivo faccia a faccia tra Montagnier e Gallo", così titola la rivista francese L'Express, in un numero risalente ai primi anni '80



Il prof. Ernesto Caffo

Il professor Ernesto Caffo, fondatore e presidente di Telefono Azzurro, è Ordinario di Neuropsichiatria infantile all'Università di Modena e Reggio Emilia. Laureato in Medicina e specialista in Neuropsichiatria infantile e Psichiatria, ha all'attivo numerosi studi e pubblicazioni sulla prevenzione e la cura del trauma in soggetti in età evolutiva, sui comportamenti esternalizzati in età adolescenziale, sull'autismo e sui disturbi pervasivi dello sviluppo. Il professor Caffo è Past-President della Società europea di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Escap) e vice presidente dell'Associazione internazionale di psichiatria infantile e dell'adolescenza e professioni affini (Iacapap)

Quando la salvezza corre sul filo

Da oltre venti anni Telefono Azzurro si occupa del disagio dei bambini: sono circa 5mila le telefonate che pervengono ogni giorno. Ernesto Caffo, Presidente e fondatore di Telefono Azzurro, fa il punto della situazione e lancia un messaggio ad Eolo Parodi: coinvolgiamo il più possibile il mondo medico

di Carlo Ciocci

Professor Caffo cosa la spinse, più di venti anni fa, a dar vita a Telefono Azzurro?

Nel corso di una mia esperienza professionale negli Stati Uniti avevo conosciuto la realtà della violenza sui bambini che si sviluppa all'interno del nucleo familiare, aspetto che in quegli anni non era ancora stato adeguatamente messo a fuoco qui in Italia. Nei casi estremi queste violenze richiedono cure mediche immediate, essendo tali da lasciare segni evidenti sul corpo dei bambini. Ma non ci si può fermare alla sola violenza fisica: a questa, infatti, si affiancano anche la violenza sessuale e quella

psicologica, quest'ultima più difficile da rilevare in ambito sanitario. Negli Stati Uniti tali problematiche erano già pervenute all'attenzione della società civile e così pensai che fosse importante iniziare a sensibilizzare anche l'opinione pubblica italiana, proprio a partire dai medici. L'idea iniziale era quella di trovare un modo per far emergere le situazioni di violenza sui bambini che troppo spesso restano nascoste nelle pieghe della vita familiare, mettendo a disposizione dei bambini qualcuno a cui potersi rivolgere. A quel punto partì un progetto, inizialmente destinato a durare solo alcuni mesi, che coinvolgeva medici, psicologi e magistrati.

Quale fu il primo passo concreto?

Venne attivata una linea telefonica nazionale di ascolto in grado, ventiquattro ore al giorno, di raccogliere le richieste di aiuto dei bambini e degli adolescenti. Una linea capace di fermare la violenza, grazie ad un lavoro integrato con la rete dei servizi sanitari, sociali e giudiziari.

Quanti cambiamenti da allora?

Tanti, sempre orientati ad ampliare il nostro raggio di attività: dalla linea telefonica per bambini e adolescenti, l'attuale 19696, alle linee dedicate agli adulti, alla linea di emergenza infanzia 114, cui recentemente si è aggiunta la linea per i

bambini scomparsi, il numero 116000. Quest'ultimo numero interviene in tutti quei casi in cui i bambini sono rapiti, sottratti da un genitore o fuggono da casa.

Al di là dei compiti che ormai possiamo definire "istituzionali" di Telefono Azzurro, la nostra struttura propone oggi anche un aiuto sempre più diretto e presente all'interno delle comunità, con team di emergenza che - insieme ad altre istituzioni quali Polizia o Carabinieri - sono pronti ad intervenire tempestivamente, offrendo un supporto adeguato anche in termini psicologici al bambino che sia vittima di gravi situazioni di violenza.

Trattandosi di bambini è agevole per loro entrare in contatto con voi?

I nostri riferimenti telefonici vengono pubblicizzati continuamente anche attraverso il nostro sito Internet, che ha vinto il premio del miglior sito sociale messo in palio dal Sole 24 Ore. A parte questo, va detto che le scuole contribuiscono fortemente a divulgare i nostri riferimenti ed i bambini, fatto da non sottovalutare, sono campioni di comunicazione tra loro, utilizzando il classico "passaparola".

Le scuole contribuiscono a divulgare i riferimenti telefonici di Telefono Azzurro

Il personale che lavora a Telefono Azzurro possiede specifiche competenze?

Sì. Viene svolta un'importante e continua attività di formazione per tutti coloro che si occupano con noi di problematiche legate all'infanzia.

È possibile tracciare un bilancio degli oltre venti anni di vita di Telefono Azzurro?

I risultati sono particolarmente importanti. Attualmente riceviamo, complessivamente, circa 5mila telefonate al giorno. Fortunatamente, non tutte costituiscono gravi richieste di aiuto; resta il fatto che si tratta di domande poste da bambini e adulti alle quali bisogna dare una risposta. Tra l'altro, sul nostro esempio, questo genere di servizio si è diffuso in altri Paesi tanto che la Commissione Europea ha riconosciuto una valenza specifica alle linee telefoniche dedicate ai bambini e agli adolescenti.

Va anche sottolineato che la società in cui viviamo negli anni ha subito una rapida trasformazione e, di conseguenza, Telefono Azzurro ha dovuto rinnovarsi, acquisire nuove competenze ed ampliare l'attività che svolge. A tal proposito, si pensi alle problematiche le-

gate ai minori stranieri, ad Internet, al bullismo: per ciascuno oggi abbiamo progetti *ad hoc*.

Le sfide per il futuro?

La vera sfida per il futuro è diffondere la cultura dell'infanzia, far conoscere i diritti dei bambini, creare una sensibilità collettiva che è presupposto per una maggiore capacità di ascoltare e raccogliere tempestivamente i segnali del disagio di un bambino. Ed è proprio in funzione di tale scopo che ho coinvolto nella campagna "Donate una luce di speranza ai bambini che non ce l'hanno", in programma per il 22-23 novembre prossimi, il presidente Eolo Parodi: affinché stimoli un maggiore coinvolgimento di tutto il mondo medico in difesa dei bambini. D'altra parte i pediatri, gli ospedalieri ed i medici di famiglia sono figure centrali nel captare i primi segnali del disagio.

Sono un medico e vivo come un medico. Sono un docente di psichiatria infantile che dedica la propria vita a questa missione e sono fermamente convinto che non mi sarei lanciato in questa esperienza di grande impegno sociale se, indossando il camice bianco, non avessi vissuto quotidianamente la sofferenza dei bambini. Telefono Azzurro nasce dal mio contatto con questa sofferenza: vedo ogni giorno bambini sofferenti nella corsia dell'ospedale dove lavoro e questo mi ha portato ad impegnarmi affinché, oltre ad inter-



Accendi l'azzurro
22 - 23 Novembre

TELEFONO AZZURRO

Donate una luce di speranza ai bambini che non ce l'hanno.

Telefono Azzurro si impegna quotidianamente a difendere i bambini da ogni violenza fisica e psicologica.
Con le candele di Telefono Azzurro puoi fare un gesto importante per i bambini che soffrono. Un dono per te e per i tuoi amici, il cui ricavato contribuirà a supportare le nostre linee di ascolto.
Accendi l'azzurro con noi, un azzurro di speranza per tutti i bambini.

22-23 NOVEMBRE.
Le candele di Telefono Azzurro ti aspettano nelle piazze.
Gli indirizzi al numero 800.090.335 e su www.azzurro.it

Per aiutarci:
c.c. postale 550400
o tramite carta di credito 800-410.410

Con la collaborazione di:

Round Table Italia (Logo)

S.O.S. Il Telefono Azzurro Onlus - Viale Monte Nero, 6 - 20135 Milano - CF 92012690373

La vera sfida per il futuro è una maggiore sensibilità verso i problemi dei bambini

venire sulle conseguenze, ci si attivasse per prevenire i danni psicofisici derivanti da situazioni di violenza. Di conseguenza, mi sono sempre battuto perché il mondo dei medici si occupasse del problema: nessuno più del medico do-

vrebbe essere vicino a chi soffre. Date tali premesse, il mio auspicio è che i medici si impegnino sempre più, al fianco di Telefono Azzurro, per creare una società realmente capace di ascoltare i bambini e gli adolescenti. •

Google, la ricerca bibliografica a portata di Rete

Impiegare il motore e i suoi strumenti per reperire informazioni sanitarie, linee guida, articoli originali e libri. PubMed, i criteri di indicizzazione e qualche suggerimento

di **Claudia Furlanetto**

Più della metà dei medici che leggono articoli di medicina sul web li ha trovati grazie a Google. Lo afferma il *New England Journal of Medicine* citando una ricerca disponibile sul sito Marketig Charts.com (l'articolo è di Robert Steinbrook, *Searching for the right search. NEJM 2006;354:4-7*). Ne abbiamo parlato con Luca De Fiore, consulente per la Formazione continua del personale sanitario di diverse istituzioni sanitarie italiane ed autore del libro *Conoscere e usare Google - Percorsi e scorciatoie per trovare ciò che cerchiamo* (Roma: Il pensiero scientifico editore).

Perché utilizzare Google per la ricerca bibliografica quando esiste uno strumento come PubMed?

Perché sono due strumenti complementari; sarebbe come chiedere perché usare la forchetta quando già abbiamo il coltello. Google è un insieme di strumenti, è una realtà che si è arricchita di una serie di funzionalità che molti non conoscono, ma che sono preziose nel lavoro di ricerca e nella professione. Una delle più utili al medico è Google Scholar

(<http://scholar.google.it/>), ancora in fase beta, quindi suscettibile di miglioramenti. È specializzata nella ricerca di documenti di tipo accademico. Permette di fare delle interrogazioni mirate e, in certa misura, dà maggiori garanzie di accesso al testo completo degli articoli e non soltanto al riassunto.

Maggiori garanzie?

Al contrario di PubMed, Google Scholar è in grado di cercare anche negli archivi delle università, degli istituti di ricerca, ma anche degli enti privati e delle fondazioni, all'interno dei quali è probabile che i ricercatori abbiano archiviato i propri documenti. PubMed limita la pro-

pria ricerca alle riviste indicizzate nella *National Library of Medicine* statunitense e, quasi sempre, si tratta di periodici di case editrici internazionali che riservano ai soli abbonati alle riviste l'accesso ai *full text*, mentre gli archivi dei siti istituzionali sono fruibili da chiunque. Scholar riesce spesso a trovare le versioni accessibili.

La ricerca su Scholar è complessa?

Segue gli stessi criteri della ricerca su Google. L'importante è affidarsi alla "Ricerca avanzata" che è meno articolata di quella su PubMed: ha meno criteri di selezione, è più facile da usare per l'utente non esperto e per-

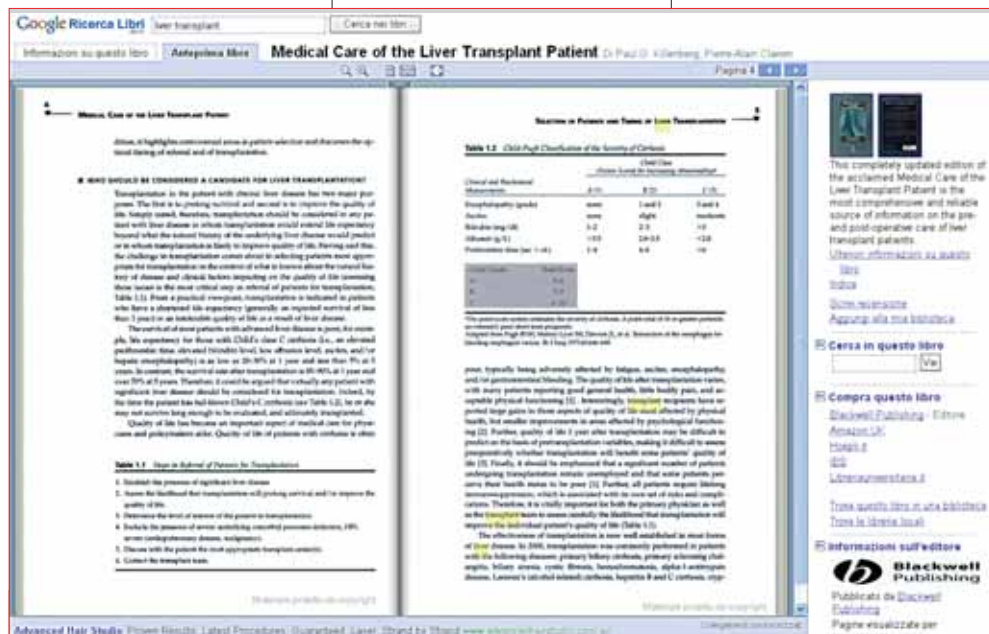
mette di precisare i parametri di ricerca riuscendo a filtrare i risultati ottenendo così un numero più circoscritto di documenti.

Altre funzionalità?

Sotto ciascun risultato riporta chi ha citato quel lavoro, quali sono gli articoli collegati e gli autori più citati rispetto a quell'argomento. Sono opportunità che se sfruttate bene dall'utente permettono di trovare informazioni interessanti in tempi più brevi.

Come classifica i risultati della ricerca?

Anche il *ranking* delle pagine di Scholar segue gli stessi criteri di Google. I risultati più importanti sono quelli che nel web hanno il maggior numero di citazioni. Larry Page e Sergey Brin, i fondatori di Google, hanno scelto questo criterio ispirandosi ai principi dell'*impact factor*; la valutazione qualitativa dei ricercatori e degli articoli scientifici in base al numero di citazioni è stata in-



Ecco come vengono visualizzate le pagine di un libro proposto gratuitamente da Google Ricerca Libri

un certo senso “trasferita” alla definizione dei criteri di classificazione di *PageRank*, l'algoritmo che determina l'ordine dei risultati reperiti per ciascuna interrogazione.

Popolarità e autorevolezza vanno sempre d'accordo?

Popolarità non vuol dire qualità, è un principio che tutti dovrebbero tenere presente. Ma, in questo ambito, quanto più un lavoro è citato tanto più si può ipotizzare che l'impatto di quell'autore o quello studio sulla comunità scientifica sia grande. Comunque i risultati di un motore di ricerca sono sempre da sottoporre a una valutazione critica dei contenuti: questo vale per i documenti che riceviamo da Google e anche per quelli che riceviamo da PubMed, anzi semmai possiamo dire che PubMed propone dei documenti di qualità mediamente inferiore rispetto a quelli proposti da Scholar.

Perché inferiori?

Come dicevamo prima, PubMed permette di cercare in Medline, il database della Biblioteca nazionale della Sanità statunitense e i criteri di inclusione della documentazione scientifica non sono tali da garantire qualità. Spesso le riviste sono periodici “antichi” il cui livello è diminuito nel tempo, oppure riviste ad impronta prevalentemente commerciale, assai influenzate dall'industria farmaceutica.

Google come insieme di strumenti: ce ne sono altri?

Per esempio Google Maps (<http://maps.google.it/>); chiunque lo abbia provato credo non avrà resistito al-



la tentazione di vedere come appare casa propria vista dall'alto. Comunque si usa in maniera consapevole ed intelligente anche in campo sanitario nella creazione di mappe per seguire le dinamiche dei focolai epidemici. Straordinario è stato l'uso di Google Maps nel riconoscimento dell'epicentro da cui è partito il virus di Chikungunya, che ha messo in ginocchio gli allevatori di pollame della zona di Ferrara. Penso che Google Maps sia uno strumento chiave per la info-epidemiology, disciplina da poco sistematizzata.

E Google libri?

È una funzionalità che ha creato un pandemonio nel campo editoriale: la società di Palo Alto è stata accusata di voler depredare il patri-

monio librario del pianeta rendendolo liberamente accessibile a chiunque e minacciando di conseguenza la possibilità degli editori commerciali di continuare a fare business. Ma l'evoluzione del progetto ha confermato che si tratta di un'opportunità di straordinario rilievo per la conservazione di documentazione e materiali che rischierebbero di andare perduti. Una grande percentuale di libri, una volta esauriti, non viene più ristampata perché non è più conveniente farlo ma si tratta di documenti di eccezionale valore che una volta scansionati e resi fruibili online continuano a vivere e ad essere consultabili da chiunque.

Google Books si candida ad essere un archivio nel quale il libro vive aldilà della propria vita di prodotto commerciale.

Solo buone notizie, dunque, dalle applicazioni di Internet alla medicina?

In realtà, anche qualche rischio: soprattutto quello della frammentazione del sapere. Navigando in Rete si pescano frammenti di informazione, ci si nutre di notizie in pillole: bisogna essere capaci di considerare il contesto nelle quali sono state prodotte e pubblicate. E questa cornice è così importante per dare senso all'informazione, per tradurla - in altre parole - in conoscenza di cui ci si possa fidare. •

LA RICERCA: ALCUNI SUGGERIMENTI

Scegliere una terminologia che sia coerente con il risultato che vogliamo ottenere. Se cerchiamo dei documenti sull'“infarto miocardico” destinati al solo pubblico professionale dovremmo utilizzare “myocardial infarction” e non “heart attack”. È un esempio banale ma può applicarsi a tutte le discipline mediche ed altri ambiti.

Non utilizzare gli operatori booleani (not, and, or, ecc.). Google non ne tiene conto perché sono parole troppo frequenti. Bisogna utilizzare i segni grafici. Se vogliamo associare due termini usiamo il segno “più” (+) se vogliamo escludere una parola dalla ricerca dobbiamo utilizzare il segno “meno” (-) attaccato alla parola che non vogliamo sia considerata (es. “myocardial infarction” -heart -attack).

Utilizzare la tilde per i sinonimi. Nel caso di parole con sinonimi, per ampliare la ricerca possiamo scegliere il nome usato con maggiore frequenza e immediatamente prima senza lasciare nessuno spazio anteposiamo il segno della tilde (~) che si ottiene tenendo premuto il tasto ALT e digitando contemporaneamente i numeri 0126 (es. se cerchiamo linee guida sull'infarto miocardico e non vogliamo escludere altri documenti di consenso digiteremo: “myocardial infarction” ~guidelines).

Cuore sotto controllo grazie a Internet

Su YouTube le regole per misurarsi il battito. La Società europea di cardiologia utilizza lo streaming video per spiegare ai ragazzi come prevenire le malattie cardiache

di Livio Frittella

Con una quota del 34 per cento di traffico web e un “patrimonio” di 4,2 miliardi di video, YouTube si può ormai considerare a buon diritto un fenomeno della Rete. Attraverso questo imponente sito è possibile consultare – e anche “postare”, cioè inserire – immagini di ogni tipo, siano esse clip, riflessi filmati, riprese fai-da-te, inserti video, frammenti di girato, audiovisivi.

Uno strumento di così grande presa tra il pubblico degli internauti si rivela istruttivo, oltre che divertente. Digitandovi la parola “medicina” si ottengono 27.200 risultati: non tutti riferiti alla scienza della salute, ma buona parte sì. È evidente che l'educazione dei giovani attraverso questo mezzo è iniziata. Già nel luglio scorso la Società italiana di ginecologia e ostetricia ha usato YouTube per promuovere il sesso sicuro e l'impiego corretto dei vari metodi contraccettivi con la campagna “Scegli tu”.

Più di recente è stata la Società europea di cardiologia a sbarcare nel grande carrozzone dello streaming video, con l'intenzione di spiegare ai ragazzi come prevenire le malattie cardiache.

La clip si chiama *Come misurare il battito del cuore: istruzioni per l'uso* e in 2 minuti e 20 secondi insegna come controllare il ritmo cardiaco. Il protagonista è Roberto Ferrari, primo italiano a divenire presidente della Società prima citata; con il sottofondo di un'accattivante canzone soul illustra in modo chiaro e con parole semplici le regole di misurazione della frequenza cardiaca. La speranza è che, una volta acquisita, la procedura sia trasmessa dai giovani frequentatori di YouTube anche ai loro genitori. Dice Ferrari: “Per prima cosa il rilevamento va effettuato la mattina, appena alzati e dopo essere rimasti a sedere per qualche minuto. La frequenza cardiaca, cioè il numero di battiti in un determinato periodo di tempo, va misurata esercitando con due dita (indice e medio) una leggera pressione al centro del polso. Per capire esattamente in quale punto, basta seguire la linea del pollice”. Indicazioni elementari, certo, ma molto importanti dal punto di vista della prevenzione, che comprendono anche l'invito ad annotare i risultati e a ripetere il controllo ogni giorno (o almeno 2-3 volte alla settimana). “La media a riposo in una persona sa-



Il presidente della Società europea di cardiologia, Roberto Ferrari, durante la clip Come misurare il battito del cuore: istruzioni per l'uso

na dovrebbe essere intorno ai 60 battiti al minuto”, riprende Ferrari.

Una ricerca internazionale pubblicata su *Lancet*, coordinata dall'Italia, condotta su quasi 11 mila cardiopatici e presentata al Congresso annuale della Società europea di cardiologia svoltosi a Monaco di Baviera, ha dimostrato infatti che una frequenza cardiaca troppo alta – superiore ai 70 battiti al minuto – è un fattore di rischio per cuore e arterie. Per quale ragione? La risposta è fornita da Ferrari con un'analogia particolarmente adatta a questi tempi dominati dal risparmio energetico in tutti i campi: “Il nostro cuore è come un motore, che batte 100 mila volte al giorno, pompando 9 mila litri di sangue in un sistema vascolare lungo 120 mila chilometri, percorsi dal sangue in soli 20 secondi. Per farlo il cuore ha bisogno

di circa 30 chili di energia al giorno. Ma se riduciamo i giri (cioè i battiti), la macchina (il corpo) ha bisogno di meno benzina, e anche se i tubi della benzina (le arterie) sono incrostati, il motore continua a funzionare e non si ferma”.

Come si arriva a un risultato del genere? Conclude Ferrari: “L'esercizio fisico leggero, ma costante nel tempo (ad esempio camminare a passo svelto), abbassa i battiti cardiaci nell'arco della giornata. Dove questo non sia sufficiente, è bene consultare un cardiologo”. •

La Società italiana di ginecologia e ostetricia ha usato YouTube per la campagna “Scegli tu”

“Okkio alla salute”, l'ISS lancia l'allarme

Secondo un'indagine svolta su 46mila bambini in 2610 scuole elementari, i bambini abusano della merenda e solo un bimbo su dieci pratica l'attività fisica raccomandata per la sua età. Per quanto riguarda gli adulti, poi, il 18% degli uomini e il 22% delle donne è obeso

di Matteo Di Paolo Antonio

Sud bocciato dalla prima mappa italiana sull'obesità. Del milione di bimbi italiani, tra i sei e gli undici anni, con chili di troppo la maggior parte si trova nelle regioni meridionali. In particolare in Campania si raggiunge il tasso record di obesità: il 21%, contro il 12% della media nazionale, mentre il record positivo del

4% appartiene al Friuli Venezia Giulia.

Sono i risultati dell'indagine “Okkio alla salute”, coordinata dall'Istituto superiore di sanità, in collaborazione con il Miur (Ministero dell'università e della ricerca) e con l'Istituto nazionale di ricerca e nutrizione in 2610 classi di 18 regioni italiane. Si tratta della prima mappa nazionale di sovrappeso e obesità nei bambini italia-

ni ed è stata disegnata esaminando 46mila bambini in 2610 scuole elementari. Ciò che preoccupa maggiormente gli specialisti è il fatto che quattro mamme italiane su dieci con figli in sovrappeso non riconoscono che i loro bimbi abbiano problemi di obesità e dunque continuano ad alimentarli in modo sbagliato. I ricercatori puntano il dito contro la “merenda” di metà pomeriggio, troppo calorica per l'86% dei bambini e contro l'abitudine di

saltare la colazione, come fa l'11% dei giovanissimi o di farla male (28%). Inoltre, tra le cause principali del sovrappeso spunta un dato inaspettato: anche le ore di ginnastica non sono più tanto amate e solo un bimbo su 10 pratica l'attività fisica raccomandata per la sua età. Per questo, Angela Spinelli dell'Istituto superiore di sanità e responsabile scientifico del progetto “Okkio alla salute”, dice: “Vorrei che il sottosegretario al Welfare intervenisse in prima persona, affinché l'ora di attività fisica obbligatoria nelle scuole primarie raddoppiasse”. Idea accolta subito dall'interessata, Francesca Martini, che sottolinea: “La scuola italiana è carente quanto a offerta di attività fisica, non solo quella primaria ma anche quella secondaria”.

Il sottosegretario propone “di tornare ai tempi dei giochi della gioventù, che entravano nelle scuole e permettevano ai ragazzi di conoscere lo sport”. Un altro appello è rivolto sempre dalla Martini ai pediatri: “Ci aiutino a contrastare l'aumento dei tassi di

obesità e sovrappeso nei bambini trasferendo informazioni e buone prassi alimentari e di vita ai genitori”.

Ma non sono solo i bambini ad avere problemi di peso, gli adulti in Italia non se la passano poi tanto meglio. Infatti, il 18% degli uomini e il 22% delle donne è obeso. Come per i bimbi il problema è più diffuso al Sud che al Nord, in particolare in Calabria e Sicilia, mentre vengono promosse a pieni voti regioni come il Piemonte, Sardegna e Veneto. I dati sono stati illustrati all'Obesity Day, tenuto a Roma ad ottobre, frutto del “Progetto cuore” dell'Istituto superiore di sanità, dove è emerso che il 30% degli italiani grassi è vittima dell’“effetto yo-yo”, che fa cambiare taglia anche a distanza di pochi mesi. Giuseppe Fatati, presidente dell'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica, spiega che su 100 persone obese o in forte sovrappeso che si sottopongono ad un controllo, appunto 30 sono colpite dalla “sindrome del peso oscillante”, dopo una dieta tornano a ingrassare più di prima. Il difficile, dunque, è mantenere il peso ideale una volta raggiunto con una corretta dieta.

Il problema, secondo gli esperti, è che spesso si dimagrisce troppo in fretta. E per sfuggire all'effetto “yo-yo” sempre più italiani si rivolgono alla chirurgia estetica. •



La donna che fuma rischia più dell'uomo

Gli allarmanti risultati di uno studio presentato al congresso della Società europea di cardiologia svoltosi a Monaco in settembre. Differenze ormonali, genetiche e metaboliche fra i due sessi



di **Giorgio Spagnolo (*)**

Che il fumo fa male lo sanno tutti. E tutti sono anche consapevoli del fatto che alle donne il fumo fa più male che agli uomini e che quindi per le fumatrici è estremamente importante smettere di fumare al più presto. E, purtroppo, tutti sanno infine che per le donne smettere di fumare è molto, ma molto più difficile che per gli uomini. Torna-

re quindi ancora una volta sull'argomento potrebbe sembrare pleonastico, se non fosse per il fatto che dal recentissimo congresso della Società Europea di Cardiologia tenutosi a Monaco ai primi di settembre ci giunge per la prima volta una *documentata quantificazione di questo maggiore rischio* proprio in relazione alle malattie di cuore, e che *la sua misura va oltre ogni più pessimistica aspettativa*, tanto che

avremmo potuto titolare questa breve nota anche in questo modo: *"Il fumo accorcia la vita delle fumatrici molto più di quella dei fumatori"*.

Il dottor Morten Grundtvig, che ha condotto uno studio su 1784 pazienti consecutivi al loro primo infarto miocardico ammessi all'Ospedale di Lillehammer in Norvegia in un periodo di 8 anni fra il 1998 e il 2005, ha infatti riferito al congresso SEC di Mo-

naco che *le donne fumatrici perdono un numero più che doppio di anni di vita rispetto ai fumatori maschi*, ad ulteriore dimostrazione del fatto che *per le donne è molto più importante non fumare di quanto non lo sia per gli uomini*. I risultati del suo studio ci mostrano infatti che le donne che fumano rischiano di morire per un attacco di cuore 14,4 anni prima di quelle che non fumano: esse possono aspettarsi il primo infarto miocardico all'età di 66 anni, mentre quelle che non usano le sigarette non ne presenteranno prima di aver superato gli 80 anni. Gli uomini fumatori rischiano invece il loro primo attacco cardiaco all'età di 64 anni, 6,2 anni prima dei non fumatori. I risultati indicano anche che esiste una differenza legata al sesso negli effetti del fumo sulle arterie coronarie, e dimostrano in termini clinici che nelle donne c'è un significativo rischio addizionale. Vengono infine indicate una serie di differenze ormonali, genetiche e metaboliche fra i due sessi per spiegare perché le donne siano più suscettibili agli effetti negativi del tabacco.

Ai drammatici risultati di questo studio non ci resta che aggiungere che in genere, quando si pensa alle malattie cardiovascolari, si pensa a problemi prevalentemente maschili. Per molti anni si è infatti pensato che il killer dell'uomo fosse l'infarto e quello del-

la donna il tumore al seno o all'utero. Se questo è, da un punto di vista statistico, vero per l'uomo, non lo è per il sesso femminile per il quale *le malattie cardiovascolari sono diventate oggi la prima causa di morte*, con percentuali di mortalità molto superiori a quelle provocate da tutte le forme di tumore messe insieme. Dalla fine degli anni '90, in seguito alla diffusione del vizio del fumo fra le donne, ogni anno muoiono più donne che uomini a causa delle malattie cardiovascolari. La probabilità di morire per una malattia cardiovascolare è di 6 volte superiore a quella dovuta al tumore della mammella e ogni minuto una donna muore a causa di un evento cardiovascolare. Eppure meno della metà delle donne è a conoscenza di queste evidenze, con gravi ripercussioni sulla possibilità di attuare una corretta prevenzione.

Le donne che fumano hanno un rischio da 2 a 6 volte maggiore di manifestare una malattia cardiovascolare rispetto alle donne non fumatrici e tale rischio aumenta con il numero delle sigarette fumate al giorno. *Smettendo di fumare il rischio si riduce, a qualsiasi età, in breve tempo dimezzandosi nel primo anno e divenendo sovrapponibile a quello delle donne che non fumano dopo circa 5 anni.* Smettendo di fumare migliorano anche la respirazione, il sonno, i livelli del

colesterolo "buono" HDL e la capacità di esercizio. Migliora anche nettamente l'attività sessuale: non a caso nei monasteri di clausura del XVI secolo si davano ai giovani novizi grandi quantità di tabacco al fine di ottenere una specie di assopimento dei desideri sessuali! Infine, "last but not least", *si riduce il rischio di cancro, soprattutto polmonare.* E non è vero che smettendo di fumare si aumenta irrimediabilmente di peso: spesso l'aumento di peso è dovuto all'aumentata assunzione di cibo, al fine di compensare la mancanza del piacere indotto dalla sigaretta.

E, per concludere con una nota positiva a sostegno della grande importanza della prevenzione, desideriamo ricordare che gli effetti positivi della cessazione del fumo hanno trovato una recente conferma nella notizia che, grazie alla Legge Sirchia, che ci ha posto all'avanguardia in Europa nella lotta contro il fumo, è stata confermata una significativa riduzione della percentuale di infarti in Italia. Leggiamo infatti su "Circulation", la rivista dell' American Heart Association, che bandire in Italia le sigarette dai luoghi di lavoro, ristoranti, caffetterie, discoteche, negozi, bar e da tutti i luoghi aperti al pubblico, ha diminuito gli infarti dell'11% nella fascia di età fra i 35 e i 65 anni, che è quella dei cittadini più esposti al fumo in questi



ambienti. E gli effetti della Legge Sirchia si fanno sentire anche tra i 65 e i 75 anni: in questa fascia il calo degli infarti si attesta intorno all'8%, ed anche questo è senz'altro un buon risultato. Negli over 75 non è stato infine rilevato alcun effetto significativo: un dato quest'ultimo che non sorprende se si considera che i "nonni" sono meno soliti frequentare i luoghi dove le "bionde" non sono più ammesse! Se infine consideriamo anche l'indubbio indotto

della Legge Sirchia sull'incidenza dei tumori maligni in genere e del cancro al polmone in particolare, possiamo senz'altro concludere che, con questa benemerita Legge, la prevenzione delle patologie indotte dal vizio del fumo ha finalmente imboccato nel nostro Paese la strada giusta. •

(*) *Presidente del Comitato consultivo del Fondo di previdenza degli specialisti esterni*

Maurice Raynaud, che gelida manina...

Medico e scrittore, a lui si deve lo studio del fenomeno omonimo che nel 1862 definì “un’ischemia episodica delle dita provocata dal freddo e seguita da cianosi e arrossamento”. Due i libri che pubblicò: *Asclepiade di Bitinia e I medici al tempo di Molière*

di Luciano Sterpellone

Non s’era accontentato della laurea in Lettere. E volle prenderne una anche in Medicina e Chirurgia (1862), con una tesi di laurea (*De l’asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités*) che sarebbe stata pubblicata dodici anni dopo con l’aggiunta di altre importanti ricerche sperimentali. Già leggendola, non era difficile arguire che più che un brillante letterato Maurice Raynaud sarebbe diventato un valente medico: “Anche sotto l’influenza di un abbassamento termico – scriveva – vedo le dita di Anna B. divenire esangui, insensibili, bianco-giallastre. Il fenomeno persiste per un tempo variabile, esaurendosi con una fase di dolore coincidente con la ripresa del circolo [...] Voglio descrivere una nuova malattia, e in particolare dare un nuovo nome a un gruppo di sintomi decisamente accomunato in affezioni apparentemente diverse”.

E riportava venticinque storie cliniche (con cinque casi di morte) contrassegnate da una caratteristica co-



Maurice Raynaud

mune: “Spesso una variazione termica impercettibile, come il semplice passaggio dal caldo del letto alla temperatura della stanza, o anche una piccola emozione o la soppressione mestruale, è sufficiente a sca-

tenare i disturbi [...]”. Uno dei casi, proprio quello di Anna B., appariva di particolare rilievo in quanto era associato ad una sclerodermia delle mani: la paziente morì due anni dopo, durante i quali i fenomeni legati

all’ischemia delle dita e alle sensazioni di dolore e di freddo si erano progressivamente aggravati.

Raynaud si soffermò a descrivere il rapporto esistente tra le variazioni in colore dei segmenti colpiti – dal pallore alla cianosi al rosso vermiglio – e la perdita della sensibilità sino alla possibile gangrena delle dita del piede e della mano accompagnata dalla peculiare sensazione di freddo. Quel che maggiormente angosciava il giovane medico francese era il non riuscire a capire a causa di quei sintomi, che i suoi contemporanei cominciarono a etichettare genericamente con l’eponimo di “malattia di Raynaud”, nonostante proprio nella sua tesi questi avesse precisato di “non aspirare all’onore frivolo e pericoloso di aver apportato una novità in Patologia”. Sottolineava inoltre molto onestamente come alcuni dei sintomi da lui indicati fossero già stati descritti da altri Autori.

In realtà, nonostante tante ricerche egli non era riuscito a scoprire alcuna alterazione organica a carico delle arterie o delle arteriole locali che potesse giustificarli; e aveva trascorso intere giornate a iniettarvi sostanze coloranti per studiarne la pervietà, ad osservare i vasi retinici e auricolari del coniglio dopo aver interrotto chirurgicamente la catena cervicale del simpatico. E alla fine non trovò di meglio che formulare un’ipotesi: poiché non sussisteva alcuna alterazione strutturale, il fenomeno da lui osservato era

dovuto a un riflesso locale, a sua volta causa dell'asfissia e della vasocostrizione. Un disturbo quindi non "organico" ma "funzionale". Non si creda però che ricerche e reperti di un tale impegno distraessero in qualche modo il giovane medico dall'innata passione per la letteratura. Tant'è che egli ci ha lasciato due libri di grande pregio storico e letterario, uno su *Asclepiade di Bitinia*, l'altro su *I medici al tempo di Molière*, ossia sui medici che avevano lavorato alla corte del re Sole, sottolineando come – pur dovendo essere in teoria tra i migliori del Regno – essi non ne sapessero un granché di Medicina e cercassero di dissimulare la loro scarsa dottrina chi con comportamenti evasivi, chi riempendosi la bocca di paroloni e di vuoti neologismi, chi dispensando a piene mani purghe e clisteri (in pratica, Molière non fece che riportare sulla scena, in burletta, la triste realtà "medica" esistente alla corte di Luigi XIV). Tuttavia, pur giustificando questa verità con la generale precarietà della Medicina del '600, Raynaud l'addebitava senza tante remore anche ai pregiudizi sciovinisti di quell'epoca e alle reciproche gelosie che dividevano le Università

Ricevette onori e riconoscimenti ma non assurse mai alle alte cariche universitarie

DE L'ASPHYXIE LOCALE

ET DE
LA GANGRÈNE SYMÉTRIQUE
DES EXTRÉMITÉS,

PAR
MAURICE RAYNAUD,
Docteur en Médecine de la Faculté de Paris;
Licencié ès Lettres, Licencié ès Sciences;
Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux et Hospices civils de Paris;
Lauréat des Hôpitaux (Médaille d'Argent, 1858; Médaille d'Or, 1860);
Lauréat de la Faculté de Médecine (grand Prix de l'École Pratique, Médaille d'Or, 1861);
ex-Médecin traitant aux Hôpitaux de l'Armée d'Italie, 1859 (Médaille d'Argent de 1^{re} Classe);
Membre de la Société Anatomique.

La gangrène est à l'asphyxie locale ce que la mort est à l'asphyxie générale.
(Bovary, *Traité des maladies chirurgicales*, t. I, p. 103.)

PARIS.

L. LECLERC, LIBRAIRE-ÉDITEUR,
rue de l'École-de-Médecine, 14.

1862

La tesi di Maurice Raynaud scritta nel 1862 ma pubblicata solo 12 anni dopo con l'aggiunta di altri importanti ricerche sperimentali

francesi: "La Facoltà medica di Parigi si oppose al tradizionale concetto di circolazione del sangue perché l'idea veniva dall'Inghilterra; accese polemiche fittizie e di bassa lega in chirurgia; proibì l'uso dell'antimonio perché sostenuto dalla Facoltà di Montpellier, e condannò la china perché proveniva dall'America". Per tornare ora ai disturbi descritti dallo studioso francese, solo oggi è acquisizione comune che essi si associano spesso a varie entità morbose quali le patologie del connettivo (sclerodermia, artrite reumatoide, lupus eritematoso), le arteriopatie ostruttive, certe lesioni neurologiche, l'intossicazione da alcuni farmaci, il mixedema. Ma già nel 1890

il famoso medico inglese Jonathan Hutchinson mise in rilievo che, essendo molti di quei disturbi presenti in troppe malattie (ne venivano elencate quarantuno!), proponeva per essi l'espressione meno specifica di "fenomeno", riservando quella di "malattia" ai casi in cui risultavano "idiopatici". Ma anche quest'ultima distinzione era destinata a rimanere oggetto di aspre polemiche per almeno altri trent'anni, avvalorata o smentita da osservazioni, statistiche e esperienze di segno opposto; sinché nel 1932 E.V. Allen e G.E. Brown enunciarono "i criteri minimi" per garantire una diagnosi differenziale più precisa. Successivamente verranno evidenziati altri

possibili fattori "professionali" favorenti (ma lo stesso Raynaud li aveva esclusi), come nei lavoratori che usano strumenti vibranti. Bisogna riconoscere che la spinosa *querelle* non è ancora del tutto composta, essendo tuttora oggetto di discussione: secondo un'indagine effettuata su Medline, negli anni 1970–94 le citazioni sull'argomento sono state ben 3138.

Per la sua seconda attività scientifica Maurice Raynaud ricevette numerosi onori e riconoscimenti, anche la Legion d'Onore, ma non assurse mai alle alte cariche universitarie, secondo alcuni storici anche a causa della sua eccessiva "affezione" alla Chiesa cattolica: nel 1876 la sua candidatura alla cattedra di Patologia all'Università di Parigi fu recisamente respinta per l'intervento di un anonimo ma influente "oppositore" secondo il quale Raynaud non poteva "essere un cattolico senza essere un imbecille", rincarando la dose appellandolo "canaglia, furfante e ubriaccone". Molto più signorilmente Raynaud reagì propugnando la creazione di un'Università Cattolica a Parigi. Ma l'ambizioso progetto rimase sulla carta.

Fu per lui una delusione molto amara, che visse come una *némese* storica: la mandava Calliope, musa delle Lettere, offesa del fatto che, nonostante il talento mostrato nei due libri su Molière e Asclepiade di Bitinia, egli l'avesse tradita preferendo l'arte di Esculapio a quella di Euripide. •

Campi elettromagnetici, ultima frontiera

Se prendessimo consapevolezza che il nostro organismo, le sue funzioni e processi biologici, sono regolati da campi elettromagnetici che trasmettono energia e informazioni, a parte lo sgomento iniziale, ognuno verrebbe contagiato dalle straordinarie prospettive della fisica moderna applicata alla medicina

di **Daniele Romano**

Siamo agli albori dell'utilizzo della biofisica e orientando la ricerca applicativa diagnostica e terapeutica su solide basi cliniche, ciò che oggi è medicina complementare, in un futuro prossimo diventerà "nuova" ortodossia.

Poniamo la questione ad un protagonista della ricerca, Paolo Bellavite, professore di Patologia Generale, che lavora presso il Dipartimento di Scienze Morfologico-Biomediche all'Università di Verona. Quest'ultimo, fra l'altro, è uno dei quattro prestigiosi atenei (Bologna, Roma "La Sapienza", Verona e Messina) dove si organizza un Corso di alta formazione intitolato "Integrazione fra saperi convenzionali e non convenzionali in medicina. Analisi e comparazione delle conoscenze antropologiche e filosofiche, fisiche e cliniche dei diversi sistemi di cura". "Finora la ricerca ha dato molta più importanza alla "chimica" rispetto alla "fisica" della materia con-



Il prof. Paolo Bellavite

densata, probabilmente per il fatto che la chimica è legata alla prospettiva di scoprire le molecole regolatrici (farmaci), e che tale prospettiva ha avuto indubbi successi. Inoltre, lo sviluppo della biologia molecolare ha dato grande impulso all'idea che l'informazione essenziale della vita stia in una "sostanza", il DNA. Ciò ha portato però a una visione troppo "angusta" dello stesso DNA, che in realtà è una struttura di risonanza elettromagnetica, dinamica (può cambiare nel tempo), complessa (la sua espressione dipende da un contesto di molti segnali) e che, fra

l'altro, è fonte di "biofotoni" nel momento della sua duplicazione.

I campi elettromagnetici possono danneggiare e anche curare l'uomo. Come sta procedendo la ricerca e lo studio clinico delle applicazioni?

Esistono molteplici tipi di campi elettromagnetici, e gli effetti variano secondo le diverse frequenze, la durata di esposizione e la sensibilità del soggetto. Mentre è ovvio che alte dosi di radiazioni ionizzanti sono da considerarsi dannose sulla materia vivente, così non è per piccole dosi, che per un paradossale effetto

"ormetico" da studi epidemiologici pare possano avere effetti positivi. Per quanto riguarda i campi elettromagnetici deboli e di bassa frequenza, oggi l'esistenza di effetti non-termici (quindi non legati allo sviluppo di calore, come è ad esempio il caso delle microonde) è dimostrata in vari sistemi sperimentali e ormai generalmente accettata.

Campi elettromagnetici d'intensità e frequenza bassi possono modulare azioni di ormoni, anticorpi e neurotrasmettitori a livello di recettori e di sistemi di trasduzione, cosicché anche l'attività proliferativa cellulare è influenzata da campi elettromagnetici d'intensità molto debole. Molte di queste interazioni sono dipendenti dalla frequenza e soggette a sistemi di regolazione non-lineari.

Secondo la scienza la materia è prevalentemente immagine dell'energia. Che implicazioni ha per la cultura e la ricerca medica?

L'aspetto dualistico della materia è una legge naturale fondamento della fisica: il carattere della luce può essere considerato sia come particella sia come onda. Ogni sostanza ha un suo spettro elettromagnetico dipendente dall'insieme delle oscillazioni che la costituiscono, ogni sostanza interagisce con le onde elettromagnetiche sia in modo aspecifico (ad esempio mediante trasferimento di energia termica), sia

Pungendo specifici punti cutanei si ottengono caratteristiche risposte nel sistema nervoso centrale rilevabili con risonanza magnetica funzionale

in modo specifico (interazioni basate sulla risonanza in particolari “finestre” di frequenza). La risonanza è un modo con cui un’informazione si trasmette tra due sistemi simili (quanto a frequenze vibrazionali o armoniche) senza modificazioni strutturali, senza passaggio di materia. L’insieme delle frequenze oscillatorie di sostanze varie, enzimi, membrane cellulari, acidi nucleici (ricchi di strutture di risonanza quali sono i legami-idrogeno tra i nucleotidi), fenomeni bioelettrici ritmici generati dall’attività elettrica coerente di gruppi di cellule, costituiscono gerarchie sempre più complesse di segnali di varia frequenza che percorrono l’essere vivente e possono essere visti come una rete d’informazioni sul metabolismo cellulare e organico (omeostasi elettromagnetica). Da questo punto di vista, le interazioni elettromagnetiche sono tipicamente a lungo raggio e quindi sono forme di “connessione informativa” globale.

Diverse discipline complementari come l’agopuntura possono raggiungere la rete di maggiore “interconnessione” bioelettrica della persona che determina la sensibilità e la correttezza delle risposte propriocettive ?

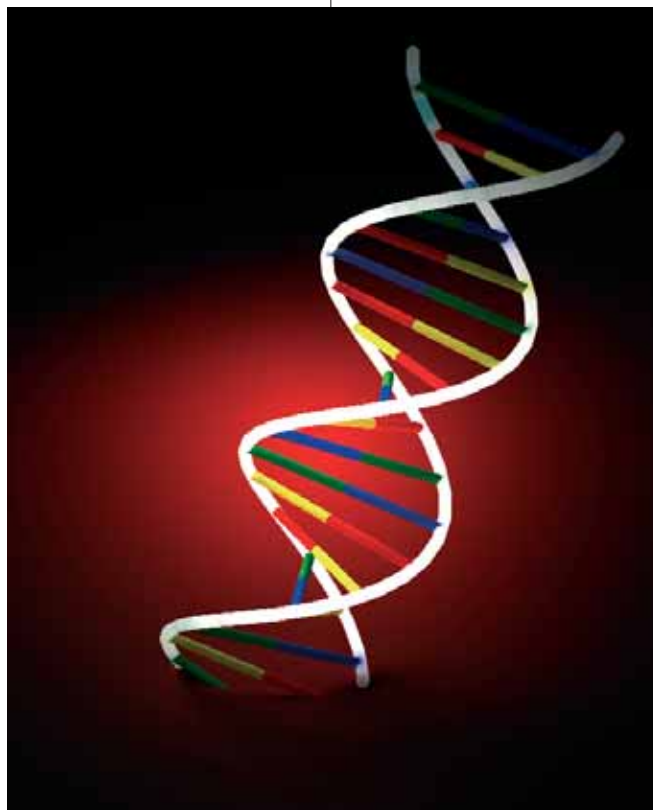
L’esistenza dei punti di agopuntura è inequivocabilmente dimostrata, come anche l’efficacia della stessa in molte patologie. Non è però ancora chiarita completamente la base fisiopatologica della sua azione terapeutica, perché non vi sono dirette correlazioni tra l’anatomia dell’agopuntura con quella del sistema nervoso o della linfa e perché le azioni dell’agopuntura vanno ben oltre la produzione di endorfine nota da tempo, coinvolgen-

do il sistema immunitario e, ovviamente, il sistema nervoso. Vari ricercatori hanno mostrato che pungendo specifici punti cutanei si ottengono caratteristiche risposte nel SN centrale rilevabili con risonanza magnetica funzionale. Se particolari punti cutanei rispondono in modo dinamico, reversibile e probabilmente specifico a uno stress fisiologico, è plausibile che rispondano anche a stress dell’organismo collegati a situazioni di patologia.

Poiché segnali elettromagnetici di bassa frequenza possono essere sia emessi che ricevuti dalle costituenti a diversi livelli (molecolari, cellulari, sistemici), è ragionevole ipotizzare che la restaurazione del pattern

d’interferenza può rinnovare lo schema di risposta biologica di organi e sistemi, rinnovando l’ordine di funzionamento di un organismo malato e restaurando il suo potere di auto-organizzazione. Il problema è di identificare i processi alterati e le loro frequenze distorte. Da ciò deriva l’interesse che la “decifrazione” dei disordini dell’equilibrio elettromagnetico comincia ad avere in medicina, andando ben oltre le tradizionali applicazioni diagnostiche come ECG, EEG, potenziali evocati, ecc. Probabilmente qui il progresso sarà determinato da una opportuna rivalutazione delle conoscenze tradizionali e dalle moderne apparecchiature di misura. Sono convinto che si tratti di frontiere della ricerca biomedica, che è molto limitativo definire come “non convenzionali”.

Il fisico tedesco F.A.Popp con il suo gruppo ha eseguito studi sui “biofotoni” emessi dall’organismo dimostrando che tutti i processi vitali vengono controllati da oscillazioni elettromagnetiche. Nel suo testo “Come le cellule comunicano l’una con l’altra” Popp afferma che la malattia, prima di manifestarsi in sintomi organici è da vedersi come un disturbo del campo elettromagnetico. Le oscillazioni patologiche inducono delle regolamentazioni errate. Da qui lo squilibrio, la malattia. •



A Messina una macchina per la “resuscitazione”

Una nuova macchina salvavita è arrivata al Policlinico universitario di Messina. La prima al sud e la seconda in Italia, dopo Pavia, per salvare i pazienti con scompensi cardiaci e con gravi lesioni polmonari

di Enzo Gallo

Si chiama Ecls (Extra corporal life support) e si basa sull'utilizzo di un sistema mobile e miniaturizzato che integra una pompa, un ossigenatore e un circuito bio-compatibile per insufficienze cardiache ed è per lo più impiegata in pazienti adulti con traumi più gravi lesioni polmonari. Un approccio terapeutico utile per i pazienti che presentano un grave stato emodinamico o un arresto cardiaco refrattario è rappresentato, infatti, dall'utilizzo della Circolazione Extra Corporea (CEC) in emergenza. Entrando nel particolare la Ecls, o macchina per la “resuscitazione” (così è stata ribattezzata), si installa senza aprire il torace del paziente, ma unicamente attraverso i vasi della gamba sostenendo per intero la funzione cardiopolmonare. Di tutto questo ne ha parlato il professor Roberto Gaeta, primario del reparto di cardiocirurgia del Policlinico e beneficiario dello strumento innovativo. “Siamo felici – ha detto il professor Gaeta - di avere



acquisito la macchina alla nostra Unità operativa, senza grandi sforzi economici. Siamo i secondi in Italia ad avvalerci di tale tecnologia e l'abbiamo voluta al nostro reparto per combattere gli scompensi cardiaci che è la prima causa di ricovero in ospedale. Conoscevo da tempo l'uso

del macchinario - ha proseguito Gaeta - dato che in passato con la mia equipe, proprio a Pavia, abbiamo fatto uno studio osservazionale prospettico sull'uso di vita extracorporea di sostegno per i pazienti di età compresa tra 18-75 anni. Nella nostra progressione - ha concluso - una rapida

attuazione della ECLS è stata associata con un miglioramento della sopravvivenza”.

Lo scopo generale del progetto è la creazione e la validazione anche a Messina di un polo terapeutico d'eccellenza nella cura del paziente cardiopatico scompensato. Tale polo terapeutico sarà basato proprio su questi nuovi approcci di “resuscitazione”, tecnica diretta proprio ai pazienti affetti da insufficienza cardiaca acuta e che non rispondono ai trattamenti convenzionali.

La tecnica presuppone un ambiente di lavoro multidisciplinare e cooperativo che utilizzi metodologia e protocolli derivati dalle linee guida con strumenti di lavoro innovativi. Un progetto simile è stato applicato in diversi Distretti sanitari francesi. In Italia tale procedura è adottata unicamente dalla Regione Lombardia, tramite il servizio 118 e la Fondazione Irccs S. Matteo di Pavia.

Il programma messinese ricalda quanto fatto altrove grazie alla presenza all'Aou di Messina da parte dell'équipe cardiocirurgica formatasi alla Scuola di Pavia capeggiata dal professor Mario Viganò, di cui il professore Roberto Gaeta è l'allievo diretto.

A tale proposito, si segnala che il programma di “resuscitazione” si applica, per il momento, solo a pazienti adulti; successivamente si potrà estendere anche a pazienti pediatrici. •

Fondi della Figc per la ricerca sulla Sla

La Federazione Italiana Gioco Calcio (Figc) ha destinato 150mila euro alla ricerca di base sulla Sla (Sclerosi laterale amiotrofica). I fondi - derivanti dall'incasso della partita Italia contro Montenegro - sono andati ad un gruppo di lavoro guidato dal professor Paolo Zeppilli, associato di medicina dello sport presso l'Università Cattolica di Roma, Policlinico Gemelli, centro di riferimento per la Sla del Lazio. "Questi fondi costituiscono un importante incentivo per



la ricerca sul genoma - afferma Nicola Colacino, presidente di Icomm Onlus, associazione per la ri-

cerca sulle malattie del motoneurone. Ci auguriamo che grazie a questi fondi i nostri ricercatori

riescano ad aggiungere un altro tassello importante agli studi sulla Sla e in particolar modo riguardo alle cause, ancora sconosciute". "Siamo molto lieti dell'attenzione che il mondo del calcio sta ora riservando a questa malattia - aggiunge Mauro Pichezzi, presidente dell'associazione Viva la Vita Onlus - pur derivando il morbo da una circostanza tutt'altro che piacevole: l'incidenza particolarmente alta della Sla tra gli ex-calciatori. Auspicio che questa nuova sinergia tra il mondo del calcio e la ricerca si riveli di grande utilità per fare passi in avanti nella conoscenza e verso le cure per questa malattia". •

Un italiano su quattro colpito da allergie

Allergie in costante aumento nel mondo. Solo in Italia, infatti, quasi una persona su quattro (20-25%) soffre o ha sofferto di una manifestazione allergica. Il problema è stato al centro del congresso della Siaic (Società italiana di allergologia e immunologia clinica) svoltosi recentemente a Firenze dove è stato presentato anche un progetto comune Italia-Spagna-Portogallo per lo studio delle malattie allergiche nell'anziano. Fra le novità presentate anche l'uso di vaccini in compresse da sciogliere in bocca: tera-



pia limitata agli allergici ai pollini di graminacee. Nel corso di alcuni lavori cui hanno partecipato 500 specialisti è stato anche sottolineato che ogni anno almeno 8-10 italiani muoiono per shock anafilattico da punture di insetti. E altrettanti connazionali, o forse più - stimano gli allergologi - perdono la vita per reazioni fatali ad alimenti o farmaci. Da alcuni anni, in quasi tutte le regioni della Penisola, è a carico del Servizio sanitario nazionale l'adrenalina auto iniettabile salvavita. Ma per garantire ancora meglio i pazienti con allergie più gravi, la Siaic ha proposto l'utilizzo di "bollini" da applicare sui documenti di riconoscimento, così da individuare immediatamente i pazienti a rischio anche se in stato di incoscienza.

Viaggio negli allevamenti norvegesi di salmoni

Uno dei maggiori produttori mondiali di pesci ricchi dei preziosi omega-3 è la Norvegia, che dagli anni '60 ha cominciato ad introdurre questa pratica. Oggi questi animali vengono vaccinati uno ad uno

di Maria Rita Montebelli
e Andrea Sermonti

Il boom dell'acquacoltura nel nord Europa – e in particolare in Norvegia – si è avuto a fine anni '80, quando l'introduzione delle vaccinazioni per i salmoni di allevamento (contro la vibriosi e la foruncolosi) ha consentito di abbattere l'impiego di antibiotici nell'acquacoltura norvegese e contemporaneamente di farne impennare le statistiche di produttività. Sì, perché per incredibile che possa sembrare, i salmoni norvegesi

vengono vaccinati uno ad uno quando si trovano ancora negli allevamenti di acqua dolce. C'è chi la vaccinazione la fa ancora a mano, mentre gli allevamenti più moderni dispongono di appositi macchinari che intrappolano il salmone e lo sottopongono ad una puntura di vaccino a livello della pancia. E c'è chi tra gli esperti ritiene che sia stata proprio l'introduzione della vaccinazione contro la foruncolosi (una malattia del salmone causata da *Aeromonas salmonicida* e 'importata' dai salmoni scozzesi), a

scongiurare il pericolo dell'estinzione delle acquacolture di salmone norvegese.

Dalla schiusa delle uova al primo anno di vita, i salmoni vivono in grosse vasche di acqua dolce, alimentate dalle acque sorgive delle montagne a picco sui fiordi, in una sorta di *nursery* dove questi pesci vivono dallo stadio di avannotti fino al raggiungimento del peso di 100 grammi (a circa un anno di vita); a quel punto, dopo aver attraversato il cambiamento fisiologico ('smoltificazione') che consente lo-

ro di vivere in mare, i salmoni vengono trasportati negli allevamenti di acqua salata, in pratica delle enormi gabbie di rete in mezzo ai fiordi. Qui trascorrono ancora un paio d'anni fino a raggiungere la taglia richiesta dal mercato (per l'Europa 2-4 Kg, per Russia e Cina 4-6 Kg). La loro nutrizione viene regolata in base alle stagioni e alla temperatura dell'acqua. Il mangime con il quale sono allevati, contiene oli di pesce, oli vegetali (olio di soya, olio di colza), carne di pesce essiccata (proveniente da pesce pescato in alto mare e lavorato in strutture dedicate), vitamine, proteine vegetali (soprattutto mais e soya) e plancton.

In Norvegia, ogni allevamento è tenuto sotto controllo, attraverso un rigoroso programma di ispezioni scadenze e di analisi di laboratorio che mirano a verificare lo stato di salute e la qualità dei pesci. A vegliare sulla correttezza e sulla salubrità di tutte le fasi dell'allevamento del salmone norvegese, fino alla sua commercializzazione è il Nifes (*National institute of nutrition and seafood research*) un istituto di ricerca dotato anche di compiti amministrativi, affiliato al ministero della Pesca norvegese. Il Nifes analizza periodicamente il pesce prelevato nei diversi allevamenti per verificare che non contenga sostanze nocive alla salute (compresi additivi ali-



Riduzione del rischio ictus in coloro che assumono pesce ricco di omega-3

mentari o inquinanti ambientali, quali metalli pesanti e diossine) e per valutarne il contenuto in sostanze nutritive (proteine, omega-3, vitamina D, vitamina B12, iodio e selenio). Infine viene ricercata anche l'eventuale presenza di microrganismi e parassiti nel pesce.

Una porzione di salmone fresco da 150 gr apporta circa 2,5 grammi di omega-3, ben oltre dunque la dose di 500 mg/die, consigliata dalle linee guida internazionali come ragione giornaliera ottimale necessaria per garantire una condizione di benessere. Questo significa che con due pietanze a base di salmone si riesce a coprire il fabbisogno settimanale di omega-3 introdotti con la dieta. Una serie di studi epidemiologici hanno documentato come l'assunzione regolare di pesce nella dieta, eserciti effetti favorevoli nella prevenzione primaria della malattie cardio-vascolari. Uno studio pubblicato su *Jama* nel 2002 ha documentato una riduzione del rischio di ictus in coloro che assumono pesce ricco di omega-3, almeno 1-3 volte al mese, mentre una *review* che ha preso in esame 147 stu-

di sull'associazione tra dieta e malattia coronarica, condotta da un gruppo di ricercatori del *Brigham and Women's Hospital* e dell'*Harvard Medical School* di Boston, anche questa pubblicata su *Jama* nel 2002, ha concluso che tra le variazioni dietetiche più efficaci nel prevenire le coronaropatie c'è proprio l'aumento del consumo di acidi grassi omega-3. Dunque in prevenzione primaria, aumentare il consumo di pesce, preferibilmente di quello ricco di omega-3, rappresenta una strategia altamente efficace, mentre in prevenzione secondaria, una serie di studi ha dimostrato i benefici dell'assunzione di ome-

ga-3 nella prevenzione del reinfarto e delle aritmie. Un gruppo di ricercatori della *Emory University* ha di recente pubblicato su *American Journal of Cardiology* una *review* su 14 studi clinici randomizzati, che li ha portati a concludere che gli oli di pesce (acido eicosapentanoico, acido docosaesenoico) e l'assunzione di pesce con la dieta possono giocare un ruolo importante nella prevenzione secondaria delle coronaropatie.

Più di recente, l'assunzione di un grammo di omega-3, in aggiunta alla terapia convenzionale, si è rivelata in grado di apportare un ulteriore beneficio

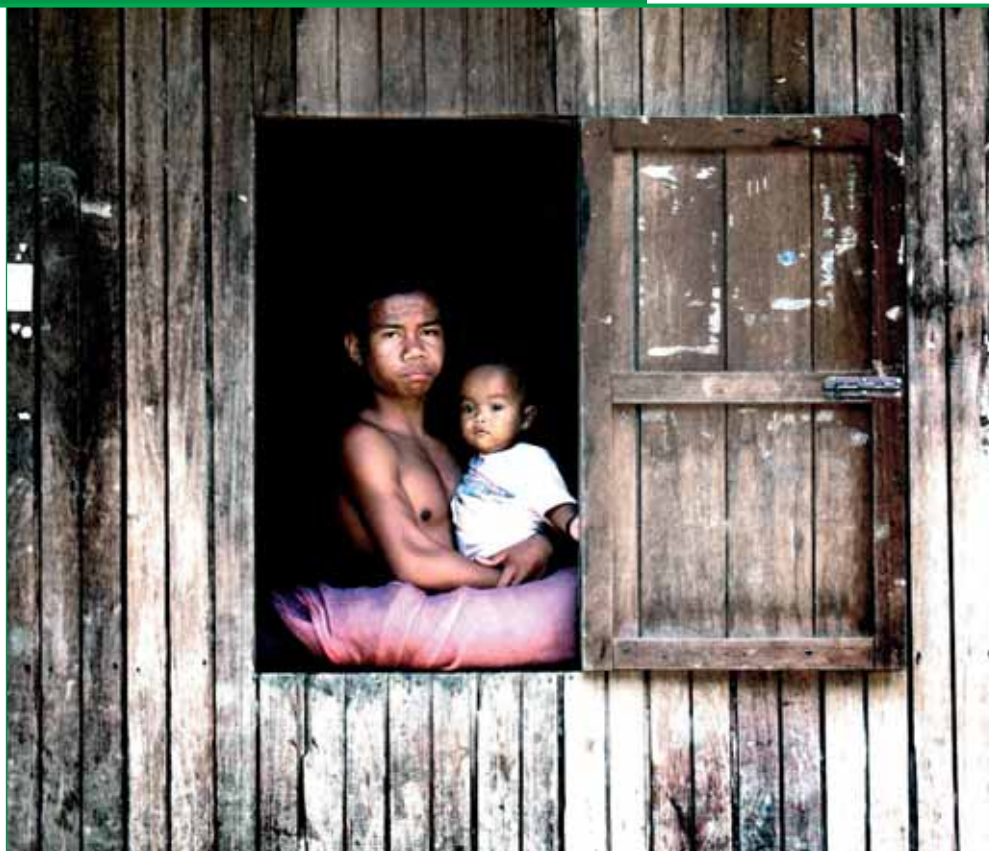
sulla morbilità e mortalità da scompenso cardiaco. A dimostrarlo è stato lo studio GISSI-HF, presentato a Monaco al congresso della Società Europea di Cardiologia 2008 e pubblicato in contemporanea sulla rivista scientifica *Lancet*.

La ricerca, coordinata dal Centro Ricerca dell'Anmco, ha evidenziato che il trattamento con un grammo di omega-3 al giorno, per i 4 anni di durata dello studio ha consentito di evitare un caso di morte per ogni 56 pazienti trattati e 1 caso di morte o di ricovero per motivi cardio-vascolari ogni 44 pazienti trattati per lo stesso periodo. •

L'importanza degli Omega-3

Di omega-3, acidi grassi con una struttura molecolare complessa, dotati di effetti favorevoli per la salute, ne esistono in natura fondamentalmente tre tipi: l'Epa (acido eicosapentenoico) e il Dha (acido docosaesenoico), che rappresentano le molecole più lunghe e sono contenute soprattutto nel pesce, e l'Ala (acido linoleico), una molecola più corta contenuta in alcune verdure a foglia verde (es. spinaci), oli vegetali (olio di soya, olio di colza, olio di semi di lino) e soprattutto nelle noci. L'Ala, che è un acido grasso essenziale, può subire un allungamento nel nostro organismo ed essere convertito ad Epa e, in misura minore, a Dha, ma il processo avviene con intensità variabile, in particolare nelle età estreme della vita (bambini e anziani). A partire dall'Epa il nostro organismo produce una serie di molecole (eicosanoidi) ad azione antinfiammatoria, anti-

aggregante e vasodilatatrice. Il Dha rappresenta invece il componente strutturale di una serie di tessuti 'nobili' dell'organismo, in particolare del tessuto nervoso (cervello, retina, ecc.). L'importanza dell'assunzione dei due principali omega-3 (Epa e Dha) per la prevenzione cardiovascolare è riconosciuta dalle Società scientifiche di cardiologia americane ed europee che raccomandano l'assunzione regolare di pesce nella dieta e, in prevenzione secondaria la supplementazione farmacologica con un grammo di omega-3 al giorno, come 'ombrello' per la morte improvvisa e il reinfarto. Gli omega-3 di origine marina (Epa e Dha) riducono l'ipertrigliceridemia post-prandiale, attraverso la riduzione della produzione epatica di Vldl, mentre solo il Dha sembra in grado di aumentare i livelli di colesterolo Hdl e di ridurre i valori pressori, favorendo la vasodilatazione.



Le malattie della disuguaglianza

L'Organizzazione mondiale della Sanità definendo il concetto di salute con uno stato di benessere fisico, psichico e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattie, indica che la "causa delle cause" della salute malata è la povertà e l'esclusione sociale

di Antonio Gulli

Immaginiamo un medico che dopo aver visitato un paziente indichi, per la cura della malattia, l'iscrizione della persona ad una scuola; formuli una richiesta al datore di lavoro del paziente per un aumento di stipendio e la sottoscrizione, da parte dell'azienda, di un contratto a tempo indeterminato. In sostanza, imma-

giniamo un medico che per curare le patologie di alcuni pazienti prescriva un intervento volto al riequilibrio delle disuguaglianze sociali. Forse il medico verrebbe immediatamente richiamato dall'Ordine. Forse il paziente si troverebbe di nuovo a fare la fila presso la propria azienda sanitaria per trovarne il sostituto. Eppure la cura prescritta è quella giusta. L'Organizzazione mondiale

della Sanità (Oms) nel definire ciò che si deve intendere con il concetto di salute – intendendo con ciò uno stato di benessere fisico, psichico e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattie – indica che la "causa delle cause" della salute malata è la povertà e l'esclusione sociale. Lo stesso organismo internazionale individua, con assoluta determinazione, negli interventi mi-

gliorativi delle condizioni di esistenza quotidiana l'antidoto all'insorgenza delle malattie e al contrasto alla riduzione della speranza di vita stessa. Se si guarda alla letteratura scientifica che ha affrontato la questione, vi si può trovare che negli anni Venti e Trenta alcune ricerche condotte in Gran Bretagna denunciavano l'esistenza di una relazione inversa fra classe sociale di appartenenza e tasso di mortalità, ossia che, a prescindere dall'età, la quota di persone che moriva era tanto più alta quanto più bassa era la classe sociale. Che c'è di nuovo? A distanza di più di settanta anni – per prendere in esame solo l'occidente post-industrializzato – nonostante il diffondersi delle miglie nelle condizioni abitative e nell'alimentazione; nonostante che le malattie infettive non uccidano più come un tempo; nonostante l'estendersi del welfare con la relativa generalizzazione dell'assistenza sanitaria, le numerose indagini indicano che la durata della vita di ognuno è fortemente connessa alla classe sociale di appartenenza. Si pensi, ad esempio, che nella popolazione maschile adulta, gli operai hanno una probabilità di morte quasi doppia rispetto agli impiegati (cfr., Walkonen, 1994; 2003). Se si indaga il fenomeno allargando la lente all'intero mondo, la drammaticità di quanto accade lascia sgomenti. I dati a disposizione sono eloquenti e le informazioni che si posseggono sull'incidenza della disugua-

glianza tra gli uomini nella società – e tra le società –, rispetto all’accesso ai beni primari e al soddisfacimento dei bisogni essenziali, sono in grado di lacerare qualsiasi coscienza. I documenti prodotti dai più accreditati istituti di ricerca; le analisi e le statistiche realizzate con le più disparate metodologie convergono tutte nell’affermare che la iniquità sociale si pone come effetto e come causa dell’erosione del più elementare dei diritti: quello alla vita.

Che la speranza di vita degli abitanti nel Terzo e Quarto mondo fosse di gran lunga più bassa di quelli che abitano in occidente, o nei paesi emergenti, è cosa nota. Forse meno nota è l’entità del divario. Se si pensa che in Sierra Leone, in media, la speranza di vita alla nascita è di 38,5 anni (37 per i maschi e 40 per femmine) e in Giappone è di 82,5 (79 per i maschi e 86 per le femmine); che la mortalità materna (per 100mila nati vivi) in Africa è 910 e in Europa è 39; che la probabilità di morire tra i 15 e i 60 anni (per mille abitanti) nel Lesotho è in media pari a 726,5 unità, mentre in Svezia è di 64 (cfr., *World Health Organization, World Health Statistics 2007*) si può affermare che vivere o morire non si lega a qualche forma di predestinazione naturale, quanto a un sistema distorto e iniquo che governa la distribuzione e la ri-distribuzione

delle risorse tra gli uomini. Se riproponiamo la domanda: che c’è di nuovo? Si può rispondere che negli ultimi decenni le differenze tra classi sociali nella durata della vita, ben lungi dal ridursi, o sono rimaste costanti o sono addirittura aumentate (cfr., Bagnasco et al., 1997). Che – come ben evidenziato dal premio Nobel per l’economia A. Sen nel famoso libro *La disuguaglianza* (2000) – non solo le vecchie forme di iniquità sociali non sono state superate, ma altre, e in forme del tutto nuove e imprevedibili nei loro effetti, se ne presentano. Si pensi anche solo a quelle tra generazioni, tralasciando, per motivi di spazio, quelle che discendono dal rapporto con l’ambiente e quelle dovute all’incalcolabile gap sul controllo della conoscenza. Quanto può incidere nelle nuove generazioni la percezione di una mancanza di futuro che – nella migliore delle ipotesi – uguagli quello delle generazioni dei padri? Che ef-

fetti può avere sullo stato di salute psichica e fisica il ritenere vacuo il proprio sforzo e il proprio impegno al fine di migliorare la propria condizione di vita? Un grande filosofo dell’antichità aveva immaginato che gli uomini dovessero essere collocati nella società in base alle loro doti. In sostanza, il loro riconoscimento – in termini di offerta di ricompense – non lo si doveva calcolare in base al caso o all’eredità, quanto alle propensioni naturali individuali. Oggi si parlerebbe di talento, capacità e possesso di competenze. Così questo grande filosofo immaginò che metalli quali l’oro, l’argento o il bronzo – materiali di cui erano forgiati gli uomini – potessero, considerata la loro esistenza in natura, dare ragione dell’esistenza delle differenze che caratterizzano la natura umana. Mai questo grande filosofo avrebbe potuto immaginare che una “dote dell’anima” potesse incorrere nella iattura di prendere il soprav-

vento al punto da sopprimere le altre parti di cui lui riteneva fosse composta. La tragedia più grande, che sul piano culturale e sociale la diversità umana ha creato, è il poter ritenere che questa diversità potesse giustificare il diverso modo di avere opportunità d’accesso al possesso dei beni utili per una vita dignitosa e per la tutela della vita stessa. Seppur in entrambi i casi l’epilogo sia la morte, come non vedere la differenza tra un terremoto e una guerra? Come non vedere che tra natura e cultura esiste l’uomo: con il proprio arbitrio e la propria volontà? Darwinismo sociale? Appena sopra si è ricordato che a fianco delle vecchie disuguaglianze se ne sono create di nuove i cui effetti – in larga parte – sono ancora incalcolabili. Tra questi, la percezione della qualità dell’“essere uomini” figli della propria storia. Storia fatta di rapporti con gli altri uomini, con la natura, i propri saperi, le proprie credenze e ideologie. In altri termini, il fatto che l’allungamento della speranza di vita per le fasce di popolazione più ricche del mondo – garantita dai governi e dai sistemi che loro stessi amministrano – avrà sempre più come corrispettivo l’onere della rimozione del fallimento del non essere riusciti a collocare il proprio diritto alla vita a fianco di quello di altri uomini. •



L'amore che uccide

di Lina Vita Losacco

Negli ultimi trent'anni la violenza alle donne è divenuta sempre più una questione istituzionale, giuridica e di salvaguardia dei diritti umani, infatti in maniera più diffusa se ne parla in quanto *violenza di genere* e questo è certamente un risultato significativo soprattutto se riferito all'ambito giuridico-istituzionale. In Spagna,

dove la violenza di genere negli ultimi 50 anni ha determinato la morte di 3250 donne e di 75 minori dal 1997 al 2006, i deputati spagnoli, all'unanimità, hanno adottato la *Legge integrale contro la violenza di genere (Livg)* in vigore dal 29 gennaio del 2005(1). La *Livg* ha avuto il merito di tener conto della specificità del reato, introducendo la prospettiva di genere quale strumento di analisi del problema sociale oggetto della normativa; l'Art.1 infatti recita: "la presente legge ha come oggetto mettere in atto il contrasto alla violenza che essendo manifestazione di discriminazione, della situazione di disuguaglianza e delle relazioni di potere degli uomini sulle donne, viene esercitata su di esse da parte di coloro che siano o siano stati loro coniugi o che siano o siano stati vincolati a loro da relazioni di tipo affettivo anche in assenza di convivenza [...]". Essa prospetta misure preventive anche rispetto alle *vittime indirette* come ad esempio i minori nel caso della violenza domestica. La *Livg* decreta inoltre la perseguibilità d'ufficio della violenza di genere, l'emissione dell'ordine di protezione in sole 72 ore e, come accade nella maggior parte dei casi denunciati, la celebrazione del processo breve con emissione della sentenza in 15 giorni.

In Italia un fondamentale cambiamento di prospettiva nella cultura giuridica dominante risale al 1996 con l'approvazione della legge sulla violenza sessuale che da reato contro la morale e il buon costume diventa reato contro la persona e contro la libertà individuale (il primo cambiamento era avvenuto nel 1975 con l'approvazione del *nuovo diritto di famiglia* con cui si aboliva "l'autorità maritale" cioè la liceità da parte del coniuge di far uso di "mezzi di correzione e disciplina nei confronti della propria moglie"). Una conquista più recente della legislazione italiana per contrastare la violenza di genere è la legge *sull'ordine di allontanamento dalla casa coniugale del partner violento* (legge 154/2001) applicata sia in ambito civile che penale. Non solo, l'esperienza penalista e civilista più recente riporta l'attuazione di provvedimenti sempre più puntuali sia a tutela delle donne vittime di violenza che di misure restrittive e punitive a carico dell'autore di violenza, ovvia-

mente a fronte di una inequivocabile documentazione (referti medici, testimonianze, denunce, ecc). Anche in molti casi di separazione, quando vi è una condizione di rischio dell'escalation della violenza (basti pensare all'incremento di casi di persecuzione da parte degli ex-partner di cui alcuni sfociati in tragedia), in base all'urgenza e alla gravità del caso, il giudice civile può disporre un ordine di protezione a beneficio della vittima, da emanare entro 15 giorni dalla richiesta, fino a un massimo di 6 mesi ed estendibile ad altri sei se necessario; inoltre nei casi in cui si ravvisa la pericolosità sociale dell'autore del reato, il giudice può disporre la misura cautelare in carcere o gli arresti domiciliari. In paesi come Usa, Canada, Svezia, Inghilterra, gruppi di esperti già da anni lavorano su metodiche di prevenzione atte ad individuare la pericolosità sociale degli autori di violenza domestica.



(1) LIVG: Ley Orgànica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género



Una metodica che in Canada è in uso già dal 1995, per valutare il rischio di recidiva nei casi di violenza interpersonale fra partner, è SARA (*Spouse Abuse Risk Assessment*). Essa permette di valutare “se e quanto un uomo che ha agito violenza nei confronti della propria partner (moglie, fidanzata, convivente) o ex-partner potrebbe nel breve o nel lungo termine usare nuovamente violenza”. Il metodo è usato con efficacia da polizia, magistrati, criminologi ma anche medici, psicologi, assistenti sociali.

In Italia, pur non esistendo una legge specifica per la “valutazione del rischio di recidiva”, l'applicazione del SARA

si sta diffondendo tra le forze dell'ordine e nell'ambito della magistratura rivelandosi strumento efficace sia per le indagini sia per le decisioni in merito alle misure cautelari da adottare o alla pena da infliggere. La valutazione del rischio nei casi di violenza domestica può essere utile anche in ambito di separazione e divorzio, o di affidamento dei minori, per stabilire modalità di visita o valutare la necessità di sospensioni o decadenze della potestà genitoriale(2).

I BATTERER INTERVENTION SYSTEMS

Sempre negli Stati Uniti, per gli uomini che picchiano (*batterer*) le proprie mogli o fidanzate, il Governo finanzia un progetto denominato “programmi per aggressori”, risalente alla fine degli anni '70. Il progetto era nato con lo scopo, oltre che di aiutare gli uomini a non commettere violenza o abusi su donne e bambini, anche di studiare il fenomeno degli abusi maschili contro le donne nonché il controllo e il potere utilizzato dagli uomini nelle loro relazioni. Il progetto, strutturato secondo un approccio cognitivo-comportamentale e in un'ottica di genere con discussioni sulle relazioni sane tra uomini e donne, si fonda sull'interazione tra polizia, tribunali speciali sulla violenza domestica, programmi per gli aggressori e servizi di aiuto per le vittime di violenza; un sistema di “risposta coordinata della comunità”. I risultati hanno dimostrato una certa efficacia dei programmi. Un recente rapporto del Dipartimento di Stato degli Usa riferisce che, negli ultimi 10 anni, c'è stata una diminuzione del 40 per cento del numero di donne maltrattate sia per l'accresciuto intervento sugli aggressori che per l'ampliamento dei servizi per le donne maltrattate oltre che per la maggiore sensibilizzazione dell'opinione pubblica(3).

Il numero di donne uccise e degli aggressori recidivi resta comunque un dato ancora preoccupante per cui gli interventi di contrasto vanno intensificati e affiancati da interventi continui di educazione di uomini e bambini sull'uguaglianza di genere e sui rapporti improntati alle relazioni sane. •

(continua sul prossimo numero)

INDAGINE ISTAT 2006

Secondo l'indagine Istat 2006, *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia*, 6 milioni 743 mila donne, dai 16 ai 70 anni, sono vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita. Ma, secondo l'Istat, solo il 7 per cento delle donne denuncia la violenza subito dal partner, poche rispetto ai reati compiuti, vi è ancora troppo silenzio sul fenomeno e il sommerso è elevatissimo. La percentuale delle denunce aumenta quando le donne hanno la possibilità di parlarne con operatori del pronto soccorso (62,3 per cento) avvocati, magistrati, polizia, carabinieri (47,6 per cento).

(2) Per approfondimenti: Baldry AC. *Dai maltrattamenti all'omicidio, la valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio*. Milano: Edizioni Franco Angeli; 2008.

(3) Per approfondimenti: Gondolf EW. *Batterer intervention systems: issues, outcomes, and recommendations*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002. Gondolf EW. *Evaluating batterer counseling programs: a difficult task showing some effects*. *Aggression and violent behavior* 2004; 9: 605-31. *Un dibattito sull'efficacia dei programmi per aggressor*: Gondolf EW. *Theoretical and research support for the Duluth Model: a reply to Dutton and Corvo*. *Aggression and Violent Behavior* 2007; 12: 617-39.



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.

Chirurgia mini-invasiva del rachide

Roma, 12 - 13 dicembre, centro congressi Hotel Ergife, Via Aurelia 617/619

Presidente: Franco Postacchini

Co-Presidente: Pier Paolo Maria Menchetti

Informazioni: Segreteria Organizzativa

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

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

Ecm: per il Convegno sono stati richiesti crediti ecm per la figura professionale di medico-chirurgo

Sessuologia clinica

Corso biennale consulente in sessuologia

Torino, inizio corsi 15 -16 novembre

Direzione Scientifica: prof. Giorgio Abraham, Università di Ginevra e prof. Dario Fontana, Università di Torino

Coordinamento Didattico: dott. G. Cociglio

Obiettivo del corso: formare una figura in grado di collaborare con operatori di discipline diverse, dei quali integra professionalità e conoscenze specialistiche. Inquadrare i problemi sessuali in modelli teorici che permettano di dare una prima risposta scientificamente corretta ed eventualmente orientare verso una terapia sessuologica più approfondita

Informazioni: Segreteria Scientifica dott.ssa M. Magnino, C.so Unione Sovietica 335
tel/fax 011 6199465, e-mail: segreteria@sssc.torino.it, sito web: www.sssc.torino.it

Ecm: accreditamento ecm previsto



Chirurgia ginecologica meno invasiva e riparazione delle lesioni iatrogene

Pozzuoli, gennaio-giugno 2009, Hotel gli Dei

Direttore: Nicola Gasbarro

Argomenti trattati: minilaparotomie-chirurgia per via vaginale-chirurgia laparoscopica-chirurgia isteroscopica-riparazione lesioni vascolari-riparazione lesioni intestinali-riparazione lesioni urologiche

Informazioni: Segreteria organizzativa Sirene partners-Sorrento, tel. 347 3860121 e 338 7329023, fax 081 8552267
e-mail: nicola.gasbarro@hotmail.it

Università degli studi di Roma Tor Vergata - facoltà di medicina e chirurgia

Agopuntura clinica

Roma, anno accademico 2008-2009

Scadenza iscrizioni: 06/11/2008

Inizio master: 28/11/2008

Informazioni: sito web: www.uniroma2.it (area didattica – master 2° livello)

Segreteria Scientifica: tel. 06 5816789

E.c.m.: assolti per i 3 anni del master

Integrazione dei saperi convenzionali e non convenzionali in medicina

Dall'a.a. 2008-9 si svolgerà presso l'Università di Verona un Corso di Alta Formazione. Il Corso è proposto dall'Università di Bologna in collaborazione con l'Istituto "Pinus" e si terrà anche presso le Università di Bologna, Roma, Messina. Il corso ha lo scopo di introdurre alla conoscenza critica delle metodiche mediche complementari, cercando di mettere a fuoco in particolare gli aspetti scientifici e di ricerca, in modo da creare dei "ponti" tra diversi approcci alla prevenzione e cura delle malattie.

Circa 150 ore di didattica frontale, 300 ore di partecipazione a seminari sull'argomento, pratica, ricerca, e-learning, 300 ore di studio individuale. A Verona il corso si tiene presso il Dipartimento di Scienze Morfologico-Biomediche, sezione di Chimica e Microscopia Clinica, Ospedale Policlinico di Verona (B.go Roma), Piazzale Scuro 10, a partire dal 14 novembre.

Informazioni: riguardo il corso di Verona entrare nel portale dell'Osservatorio per le Medicine Complementari www.dsmb.univr.it/omc cliccando su "avvisi" - Per le altre sedi consultare il sito: www.isame.it

Comunicare la salute. La comunicazione pubblica della scienza nella medicina e nella sanità

Roma, 4-5 dicembre, Aula Multimediale del Pensiero Scientifico Editore presso Think2it, Via Bradano 6

Docente: Giovanni Carrada

Il corso si articola in tre moduli di lezioni e un modulo di laboratorio.

Nelle lezioni vengono esposte le basi teoriche e le tecniche principali della comunicazione della scienza e della tecnologia a pubblici non esperti, anche attraverso la discussione di casi reali.

Nel laboratorio, invece, i corsisti partecipano a discussioni guidate per imparare a pensare come un comunicatore professionista. In ciascuna discussione si partirà da un problema reale scelto dai partecipanti per arrivare a un'ipotesi verosimile di intervento di comunicazione. La discussione servirà a conoscere e provare in prima persona un preciso metodo di lavoro

Informazioni: Erica Sorelli, tel. 06 86282347, e-mail: e.sorelli@pensiero.it, sito web: www.pensiero.it

Ecm: crediti per tutte le professioni

Alimenti e infezioni

Palermo, 13-25-27 novembre, Ospedale dei Bambini

Argomenti: infezioni e tossinfezioni trasmesse con la carne, le uova, i prodotti ittici ed i vegetali; diagnosi differenziale con allergie, intolleranze e intossicazioni alimentari; emergenza rifiuti e alimentazione; cucina esotica

Informazioni: prof. Francesco Scarlata, Clinica delle Malattie Infettive, Policlinico di Palermo
tel. 091 6554061, 328 3685937, e-mail: scarlata.f@virgilio.it

Ecm: accreditamento ecm per medici e biologi



Laboratorio di informatica – Dip. di epidemiologia – Istituto di ricerche farmacologiche “Mario Negri”

Internet in ambito medico

Milano, Via Giuseppe La Masa 19

24 novembre 2008 - La ricerca bibliografica su PubMed e su altri database biomedici

25 novembre 2008 - Internet e l'aggiornamento professionale in ambito medico

26 novembre 2008 - Il web 2.0 al servizio della formazione e dell'aggiornamento del medico

Informazioni: **Segreteria Scientifica** Eugenio Santoro, Laboratorio di informatica medica - Dip. di epidemiologia, Istituto di ricerche farmacologiche “Mario Negri”, Via Giuseppe La Masa 19, 20156 Milano

tel. 02 39014562, fax 02 33200231, e-mail: santoro@marionegri.it

Segreteria Organizzativa: Paola Bonifacino, Laboratorio di informatica medica - Dip. di epidemiologia

Istituto di ricerche farmacologiche “Mario Negri”, Via Giuseppe La Masa 19, 20156 Milano

tel. 02 39014560, fax 02 33200231, e-mail: bonifacino@marionegri.it

Formazione, aggiornamento e qualificazione in fisiopatologia del tratto genitale e malattie a trasmissione sessuale

Medicina di genere e donna

Ascoli Piceno, 15 novembre, Hotel Marche, Via Kennedy 34

Informazioni: Etrusca Conventions, Via Bonciario 6/a, Perugia 06123

tel./fax 075 5722232, e-mail: info@etruscaconventions.com

Scuola medica ospedaliera

Meccaniche low friction 14 – 15 novembre (Responsabili: dott. B. Condorelli – S. Bacconi – F. Andreani – Sede: ASL RM E);

Psicotraumatologia clinica. Diagnosi, trattamenti e psicoterapie dei disturbi post-traumatici 19 - 20 novembre (Responsabile:

dott. G. Guerani - dott.ssa M. Sgarro - Sede: ASL RM E - Piccola Spezieria); **Elementi di chirurgia orale 21 novembre – 13**

dicembre (Responsabile: dott. M. Di Dio – Sede: Ospedale Fatebenefratelli); **Comunicazione sanitaria etica 25 novembre - 5**

dicembre (Responsabile: prof. G. Giaimis – Sede: Osp. S. Eugenio); **Chirurgia estetica del naso 26 novembre – 10 dicembre**

(Responsabile: prof. M. Eleuteri - Ospedale Israelitico)

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

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

Ecm: in attesa di accreditamento

Sicurezza sul lavoro in sanità

Cosenza, 22-23 novembre, aula magna Università degli studi della Calabria

Responsabile scientifico: ing. G. Grandinetti

Obiettivi: il monitoraggio delle condizioni di igiene e sicurezza sul lavoro nelle attività sanitarie, che in Italia occupano oltre mezzo milione di lavoratori, ha evidenziato notevoli carenze strutturali e organizzative. In relazione a tali carenze, alla luce delle disposizioni previste dal nuovo Testo Unico sulla Sicurezza, è necessario intervenire con obiettivi formativi per migliorare la gestione dei rischi presenti nel settore sanitario

Destinatari: tutte le professioni sanitarie

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** dott. Daniele Perrelli, J&B Srl

info 0984 837852, fax 0984 830987, sito web: www.jbprof.com, e-mail: info@jbprof.com

Ecm: sono stati attribuiti 13 crediti

Se il lavoro uccide per arresto cardiaco

Roma, 20 novembre, aula magna dell'Istituto Superiore Antincendi

Alcuni argomenti: conoscere le emergenze sanitarie nei luoghi di lavoro per salvare, epidemiologia e statistica degli infortuni sul lavoro, arresto cardiaco nei luoghi di lavoro, normativa attuale e relativa criticità: ruolo del medico competente e dell'addetto al primo soccorso

Corsi satellite di BIsda e corso istruttori di comunità

Roma, 21 novembre, palazzina F dell'Istituto Superiore Antincendi

Informazioni: **Segreteria Organizzativa**

Key Communication sas, Via Po 10, 00198 Roma, tel. 06 85355798, fax 06 85355606

email: info@kcomm.it, Irc-Comunità, Via Croce Coperta n.11, 40128 Bologna, tel. 051 6389141, fax 051 4189693

sito web: www.irc-com.org, e-mail: segreteria@irc-com.org



Università degli studi di Siena

Carcinoma orale

Siena, 5 dicembre, piano didattico del policlinico Le Scotte

Alcuni argomenti: il carcinoma orale, epidemiologia e precursori epiteliali del carcinoma orale, virus, miceti e carcinoma orale, aspetti diagnostici, aspetti anatomo-patologici, inquadramento tm, il follow-up in oncologia orale

Informazioni: le iscrizioni potranno essere spedite via email al seguente indirizzo carcinomaorale@yahoo.it oppure indirizzate al Policlinico Le Scotte Università degli studi di Siena, dipartimento di scienze odontostomatologiche all'attenzione del prof. Guido Lorenzini o per fax 0577 586155 - 0577 585771

Ecm: evento in fase di accreditamento

Corso nazionale A.s.me.

Ultrasonografia interventistica nel carcinoma mammario

Cava de' Tirreni (Sa), 28 novembre, complesso conventuale S. Maria del Rifugio

Presidente: prof. S. Canonico

Coordinatori: dott. A. Santoriello, dott. M. Di Maio

Informazioni: A.s.me. (Associazione Senologica del Mediterraneo), Via V. Veneto 51, 84013 Cava de' Tirreni (Sa) tel. e fax 089 341128, 081 5665271, cell. 339 2326325, 349 4639276, e-mail: asme.segreteria@alice.it

Tossicologia clinica e d'urgenza

Repubblica di San Marino 17, 18, 19 novembre

Direttore: Primo Botti

Obiettivi: fornire conoscenze e abilità pratiche per la corretta gestione di base del paziente intossicato acuto

Alcuni argomenti: cinetica e dinamica dei tossici, decontaminazione e depurazione antidoti, intossicazioni da farmaci e da prodotti per uso domestico, veleni industriali e da inquinamento, bioterrorismo, caustici, intossicazioni alimentari e da funghi, morsi e punture di animali

Informazioni: Cemec Via Scialoja 1, 47893 Cailungo RSM

tel. 0549 994535-994600, fax 0549 903706

email: cemec@iss.sm, sito web: www.sanmarinosalute.sm

Congresso nazionale Amnco

Prevenzione come terapia delle cause secondo l'odontoiatria unica

Bologna, 28 - 29 novembre, Savoia Hotel Regency, Via del Pilastro 2

Informazioni: Segreteria Organizzativa

dott.ssa Rita Tronconi 347 3140770, e-mail: ritatronconi@libero.it

sig. ra Patrizia 06 5291244; e-mail: segreteria@amnco.it

Segreteria Scientifica: dott. Salvatore Bardaro

e-mail: presidente@amnco.it, sito web: www.amnco.it

Ecm: evento accreditato ecm

Università La Sapienza Roma

Economia e management sanitario

Metodi statistici per la ricerca e la pratica biomedica

Sicurezza e qualità degli alimenti e delle bevande: valutazione, gestione e comunicazione del rischio

Direttore dei corsi: prof. Antonio Boccia a.a. 2008/2009

La scadenza per la presentazione delle domande è il 30 novembre 2008.

Informazioni: rivolgersi al direttore del Corso (prof. Antonio Boccia)

o alla 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)



Neuroscienze e spiritualità in medicina psicosomatica

Verona, 29 novembre, auditorium Centro Carraro, Lungadige Attiraglio 45

Obiettivi: il convegno, lungi dall'idea di chiudere concetti, intende aprire un confronto destinato a durare nel tempo, tra medici, psicologi, sociologi, infermieri, fisioterapisti, altre figure professionali, nonché filosofi e teologi; cioè con tutti gli operatori addetti alla cura della persona

Informazioni: Segreteria Organizzativa Management Consulting, Viale Venezia 123, 37131 Verona
tel. 045 8402994, fax 045 8402981, e-mail: annamaran@management-cons.it, referente: Anna Maran

Ecm: in fase di accreditamento per tutte le figure professionali

Fragoroso silenzio

Corso di formazione su sessualità, affettività, e disabilità

Bologna, 28 novembre, sala delle Colonne, Corte Roncati, Via Sant'Isaia 90

Direttore: Maria Cristina Pesci

Obiettivo: attivare una possibile rilettura e puntualizzazione delle proprie esperienze professionali in un ambito di condivisione e di confronto tra operatori

Informazioni: Segreteria Organizzativa Fondazione Ariel: Luisa Mondorio, Via Manzoni 56, Rozzano (Mi)
tel. 02 82242315 fax 02 82242395, e-mail: fondazione.ariel@humanitas.it

Segreteria Scientifica: Daria Piazzzi, cell. 347 6603135, e-mail: dariapiazzzi@dpiazzzi.com

Ecm: richiesti alla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina crediti formativi

Lupus eritematoso sistemico

Milano 14 novembre

Direttore: prof. Giorgio Cattoretti

Organizzatori: dott. Antonello Villa, prof. Adalberto Sessa

Obiettivo: aggiornamento clinico riguardante nuove acquisizioni scientifiche sui meccanismi patogenetici e su nuove prospettive terapeutiche del les. Il workshop sarà di interesse multidisciplinare con interventi riguardanti: genetica, immunopatologia, epidemiologia, clinica internistica, ginecologia, dermatologia, nefrologia, pediatria, anatomia patologica, trattamenti farmacologici

Informazioni: iscrizione sul sito web: www.consorziomia.org, dott. Antonello Villa
tel 02 64488113, Consorzio M.I.A., Monza (MI) e-mail: info@consorziomia.org

Ecm: sono stati richiesti crediti ecm

Università cattolica del Sacro Cuore

Flebologia chirurgica

Roma, a.a. 2008/2009 – 2009/2010

Direttore: prof. Gregorio Cina

Scadenza domande: 12 dicembre

Requisiti: 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, sito web: www.rm.unicatt.it/master,
prof. G. Cina, tel. 06 30156127, 335 6571968, fax 06 30155951, e-mail: g.cina@rm.unicatt.it

Congresso Associazione nazionale interdisciplinare cura e riabilitazione malattie multiorgano

Roma, 28 - 29 novembre, Hotel Villa Pamphili

Presidenti Comitato Scientifico: Massimo Cafiero, Carlo Catalano, Giovanni Di Minno

Il corso si suddivide in sei sessioni: **I Sessione:** scompenso cardiaco avanzato; **II Sessione:** malattia sistemica cronica; **III Sessione:** gestione integrata multidisciplinare del paziente diabetico complesso; **IV Sessione:** medicina generale, una finestra aperta sulla sanità; **V Sessione:** gestione domiciliare del paziente neoplastico; **VI Sessione:** longevità ed osteoporosi.

Informazioni: Segreteria Organizzativa C&S Congressi s.r.l., 00192 Roma, Via Pompeo Magno 10/B
tel.: 06 45439019, fax: 06 45439037, e-mail: cscongressi@cscongressi.com, sito web: www.cscongressi.com

Ecm: il congresso è in corso di accreditamento



Società Italiana di Odontoiatria Legale e Assicurativa – Associazione Italiana Odontoiatri

Maltrattamento dei minori: ruolo del medico e dell'odontoiatra

Bari, 15 novembre

Il maltrattamento verso i minori costituisce un grave e diffuso problema sociale. Essenziale è il ruolo preventivo e diagnostico svolto dagli esercenti una professione sanitaria che prestano la loro assistenza nei confronti dei minori. Anche l'odontoiatra può rivestire tale ruolo, attesa la frequenza di lesioni nel distretto oro-facciale quale diretta conseguenza di maltrattamenti sui minori.

Informazioni: dott. Emilio Nuzzolese, cell. 335 5225152, email: e.nuzzolese@siola.eu, sito web: www.siola.eu

Medicina estetica

Caserta, 14-15-16 novembre, Crowne Plaza

Presidente: prof. Giuseppe Sito

Obiettivi: nel corso degli stage, alle principali tecniche diagnostiche e terapeutiche si è ritenuto opportuno aggiungere i corsi didattici di approfondimento sulla biostimolazione e bioristrutturazione, sui filler, sulla tossina botulinica, la fosfatidilcolina e la carbossiterapia con i quali desideriamo apportare un importante contributo di scientificità e chiarezza

Informazioni: Mcb Srl, Antonella Perasole - tel. 081 2528761 fax 081 2528778, e-mail: a.perasole@mcbsrl.it

Pneumologia ed allergologia pediatrica

Genova, 14-15 novembre, centro congressi del Jolly Hotel Marina

Presidente: prof. Giovanni A. Rossi

Alcuni argomenti: infezioni broncopulmonari, infezioni respiratorie: prevenzione e cura, allergie e intolleranze alimentari, imaging e diagnostica invasiva in pneumologia

Informazioni: Segreteria Organizzativa iDea congress, Via della Farnesina 224, 00194 Roma
tel. 06 36381573, fax 06 36307682, e-mail: info@ideacpa.com, sito web: www.ideacpa.com

Ecm: il congresso ha seguito le procedure per ottenere, presso il ministero della Salute, l'attribuzione dei crediti formativi

Congresso nazionale società italiana per l'educazione alla salute (Spes)

Milanopediatria 2008: nutrizione, genetica, ambiente per l'educazione alla salute

Milano, 20-22 novembre, Hotel Executive, Viale L. Sturzo 45

Presidenti: M. Giovannini, E. Riva, C. Agostoni

Alcuni argomenti: nutrizione del neonato; scelte alimentari fino a 2 anni; nutrienti, crescita e sviluppo; nutrire l'intestino; proteggere la mente; genitori e comportamento alimentare; obesità e livelli di intervento; interventi sulle realtà extracomunitarie

Informazioni: Segreteria Scientifica Clinica pediatria ospedale S. Paolo, Università di Milano

Via A. di Rudini 8, 20142 Milano, tel 02 81844640, fax 02 50323381, e-mail: info@milanopediatria.it

Segreteria Organizzativa: Domm International, tel 02 7779181, fax 02 76000181, Via Rossini 1, 20122 Milano
e-mail: stefania.sella@milanopediatria.it, sito web: www.milanopediatria.it

Ecm: è stata inoltrata richiesta per accreditamento ed attribuzione di crediti formativi

Università degli studi di Bologna

Endoscopia avanzata

Bologna, a.a. 2008-2009

Direttore: prof. Gian Carlo Caletti

Insegnamenti: sedazione e rianimazione in endoscopia, tecnica della colonscopia diagnostica e operativa, terapia endoscopica delle neoplasie iniziali e palliazione di quelle avanzate, endoscopia transnasale, enteroscopia e capsula endoscopica, diagnosi e terapia endoscopica delle urgenze emorragiche varicose e non varicose, ercp diagnostica e terapeutica.

Informazioni: e-mail: g.caletti@ausl.imola.bo.it, tel. 051 6955224, sito web: www.unibo.it

Rome Rehabilitation 2008

L'Uomo riparato: più riabilitazione meno chirurgia?

Roma, 5 e 6 dicembre 2008, Aula Magna Università di Roma "La Sapienza"

Presidente: prof. Valter Santilli

Informazioni: 06 91659283

Segreteria Organizzativa: Management srl: tel 06 70.20.590, 06 70.30.98.42, fax 06 23.32.82.93
e-mail: info@formazione sostenibile.it, sito web: www.formazione sostenibile.it

È la Tunisia il paradiso del “bisturi correttivo”

Chirurgia estetica a basso prezzo con lussuosa accoglienza. Gli italiani “bussano” a centinaia approfittando anche di una visitina al dentista.

Sul sito Internet le tariffe presentate da un manager tunisino

di Ezio Pasero

Tunisi – I nomi già dicono tutto: *Chirurgia e Vacanze, Cosmetica Travel, Estetica Più, Eureka Esthetique...* Sono sempre più numerosi gli operatori turistici che offrono, soprattutto online, pacchetti turistici con intervento di chirurgia estetica incluso, sole mare e seno rifatto, albergo di lusso e lifting, un pizzico di esotismo e liposuzione, il tutto a prezzi che da noi basterebbero appena per una settimana di vacanze in una pensione a tre stelle in Riviera. Succede in Tunisia, nuova Mecca del bisturi correttivo low-cost, scoperta anni fa dai francesi e che sta ora diventando un fenomeno sempre più di massa italiano. Un fenomeno che riguarda anche protesi dentarie e cure odontoiatriche di ogni tipo: veloci e soprattutto assai più economici dei nostri, i dentisti tunisini stanno facendo una concorrenza spietata a quelli croati e ungheresi, finora campioni incontrastati dei sorrisi a buon mercato. Basti pensare che sono attualmente poco meno di un

migliaio i pazienti italiani in lista d'attesa presso le cliniche tunisine, con buona pace della crisi economica e dei bilanci familiari in rosso. E il motivo è sempre lo stesso, i prezzi dimezzati rispetto a quelli di casa nostra. Grazie al dinaro che vale quasi la metà dell'euro e a una politica di detassazione del governo tunisino, che riserva alle cliniche private un trattamento fiscale favorevole. Ma grazie, anche e soprattutto, agli stipendi e agli onorari di infermieri e medici: Kalfouli Faouzi, chirurgo capo di *Chirurgia e Vacanze*, ha dichiarato per esempio a un noto settimanale

femminile italiano che il suo onorario per una mastoplastica di routine è di circa 600 euro.

Non c'è parte del corpo che non possa essere migliorata, rimodellata, aggiustata in questi santuari tunisini della bellezza che distano un'ora di volo da Roma, neppure trecento euro andata e ritorno. Il tutto a prezzi quasi da saldo: lifting facciale 2.700 euro, plastica mammaria riduttiva o accrescitiva con protesi 2.500, rimodellamento del pube da 3 a 4.000, bendaggio gastrico 3.500, lipoaspirazione completa 2.300, addome plastica 2.600, naso, palpebre o labbra

1.500, correzione delle orecchie a sventola 1.000 soltanto. Sono esempi presi dal listino prezzi di *Cosmetica Travel*, una delle organizzazioni più importanti (ma i listini sono tutti simili), nata quattro anni fa grazie all'intraprendenza di Houssem Ben Azouz, un manager turistico che aveva maturato grande esperienza del mercato europeo. Nel suo sito Internet si precisa che le tariffe comprendono: anestesia, eventuale protesi, guaina dopo la liposuzione, reggiseno speciale, soggiorno di due notti in clinica, consultazioni pre e post intervento, onorari del chirurgo e dell'anestesista, utilizzo della sala operatoria, trasferimenti dall'aeroporto alla clinica e all'albergo, cinque notti in mezza pensione in un albergo a cinque stelle e una cura rilassante pre-intervento. Per non dire del crescente successo degli interventi di imenoplastica. Ma davvero credevamo che la ricostruzione dell'integrità fisica fosse un problema esclusivo delle giovani del mondo arabo, dove quell'integrità è indispensabile non solo per potersi sposare, ma anche per non incorrere in severissime punizioni? Beh, ricordiamoci, anche da noi “rifarsi una verginità” non è più solo un modo di dire: “Negli ultimi cinque anni le richieste di intervento sono più che raddoppiate”, si legge nel sito di *Estetica Più*, “sulla





base della tendenza di donne che vogliono rivivere una “seconda prima volta”, una “seconda luna di miele”. La ricostruzione dell’imene è un semplice intervento chirurgico, il cui scopo è restituire la verginità anatomica (“Re-virgination”). I lembi lacerati dell’imene vengono riaccostati e suturati, creando una situazione simile a quella precedente al primo rapporto sessuale. Il costo è di € 4.500-5.000, e si tratta di un intervento normalmente eseguibile in day hospital”. Un intervento, è corretto precisare, che altre organizzazioni locali

offrono a tariffe di gran lunga più competitive. Al di là delle ovvie e facili battute, vale la pena di chiedersi se c’è da fidarsi di questo tipo di sbrigativa chirurgia decisa online. Non è troppo rischioso affidarsi senza concrete garanzie al bisturi di un medico sconosciuto, sottoporsi a un intervento chirurgico mordi e fuggi e intraprendere un quasi immediato volo di rientro in Italia, affrontare un decorso post operatorio e possibili complicazioni senza la necessaria assistenza? Le cliniche private, che tra grandi e piccole sono più di ot-

tanta in tutto il paese, una ventina almeno soltanto a Tunisi, sembrano, per la verità, organizzate, efficienti e pulite. Il loro comfort è simile a quello degli alberghi con piscine e cure talassoterapiche che si affacciano sulle spiagge della Marsa e di Gammarth, i sobborghi più eleganti della capitale. E i medici quasi sempre laureati e specializzati in Francia, o comunque all’estero. Ma in Italia vi fareste operare da un chirurgo del quale non sapete nulla, del quale non siete in grado di valutare le capacità?

Nei siti Internet dei tour operator specializzati si spendono molte parole per fornire garanzie e assicurazioni. Dei medici ai quali vi dovreste affidare vengono elencati titoli e esperienze professionali, ma al posto dei loro nomi compaiono solo (per motivi di privacy e deontologia professionale, è specificato) le iniziali. E nel sito di *Estetica Più*, per esempio, grafica accattivante e italiano molto zoppicante, si legge che “Lei conoscerà l’identità del suo chirurgo curante appena riceveremo il suo formulario d’antecedenti medici”. Il formulario è il primo passo da compiere per ottenere informazioni e decidere eventualmente di affrontare viaggio e intervento. Si legge: “La preghiamo di compilare la richiesta di preventivo con il massimo di informazioni relative al Suo passato medico, l’intervento desiderato da Lei e le foto a colori

delle parti da trattare (di faccia e di profilo). Le foto sono indispensabili perché permettono alla nostra squadra medica di valutare per il meglio la Sua richiesta”. Il tour operator risponderà “entro 48 ore. Se la risposta è positiva, Lei riceverà la diagnosi del chirurgo con il resoconto del Suo futuro intervento e il costo definitivo. Da allora Le sarà comunicato il nome del suo chirurgo” e “Le sarà mandata una lista degli esami preoperatori da effettuare in Italia. I risultati di questi esami dovranno esserci mandati via e-mail prima del suo arrivo”. E se, al momento di vederlo in faccia, il chirurgo non vi ispirasse nessuna fiducia? E se, soprattutto, qualcosa durante o dopo l’intervento dovesse andare storto? Niente paura: “Nel caso il paziente dovesse prolungare il suo soggiorno per ragioni mediche, il costo supplementare sarebbe a carico della clinica”, e “In caso di necessità confermata di piccole modifiche, codeste verranno effettuate gratuitamente durante sei mesi, solo il viaggio rimane a carico del paziente”. Però, attenzione: “Da un punto di vista legale e in tutti i paesi del mondo, non esiste la garanzia di risultato in chirurgia estetica; questo vale a dire che si può intentare causa contro il chirurgo solo se c’è un errore medico e non se c’è un risultato insoddisfacente”. •

Bergamo

Second life: segui on line le lezioni di "Bergamo insieme contro il dolore"

Prosegue il processo di innovazione tecnologica avviato dall'Ordine. Dopo la videoconferenza ti invitiamo a collegarti alla realtà virtuale di Second Life, dove abbiamo ideato una serie di "lezioni" a distanza sul progetto "Bergamo insieme contro il dolore", un'iniziativa che ci sta molto a cuore e diretta a realizzare nella bergamasca una nuova cultura del trattamento della sofferenza e del dolore fisico che tanto negativamente incidono sulla qualità della vita. Richiedi le istruzioni per il collegamento a omceobg@tin.it.



Treviso

La nuova sede dell'Ordine

Finalmente il traguardo è raggiunto, grazie alla contribuzione di tutti gli iscritti, alla attività specifica degli ultimi due Consigli dell'Ordine e del suo personale nonché dei tecnici coinvolti. Una sede prestigiosa che vede Treviso allinearsi alle altre province. Facilmente raggiungibile, con un ampio parcheggio e dimensioni oggi all'altezza di uno sviluppo dell'attività ordinistica e della professione. Si potranno svolgere attività di formazione, incontri sindacali, di aggregazione e di rappresentanza, nonché convegni, congressi e quant'altro potrà svilupparsi con una modulazione che dovrà essere affrontata dal Consiglio con l'apertura della sede. Quindi non solo un edificio che risulta pur sempre bello e sicuramente riconoscibile, ma soprattutto un importante strumento per potenziare ulteriormente l'attività dell'Ordine e la presenza della nostra professione all'interno del territorio provinciale. Il nuovo indirizzo: Treviso, Via Concordia (all'ospedale Ca' Foncello immettersi sulla strada che porta alla tangenziale e dopo circa 200 metri sulla sinistra, dopo aver passato Strada del Passo dove c'è il Cral ospedaliero, c'è la nuova sede).



Firenze

Allarme per le malattie sessuali fra i giovani

Dai dati di una ricerca effettuata dal centro di malattie a trasmissione sessuale dell'ospedale di Ponte a Niccheri di Firenze, risulta che la scoperta della sessualità coinvolge ragazzi sempre più giovani, praticamente dei bambini. Dallo studio scientifico condotto tra 1500 studenti fiorentini emerge che il 33% dei ragazzi maschi fiorentini ha avuto il primo rapporto sessuale completo a 12-13 anni, mentre per il 43,7% delle ragazze avviene tra i 14 e i 16 anni. Un dato preoccupante, soprattutto se correlato ai risultati del progetto sperimentale della Società della Salute in collaborazione con il dipartimento urologia dell'università di Firenze e che si è concretizzato in una campagna di prevenzione effettuata nelle scuole fiorentine. Tra i fiorentini tra i 16 e i 20 anni delle scuole superiori, risulta che il 65% ha già rapporti sessuali, ma tre ragazzi su 100 non usano mai il preservativo e solo il 35% lo usa sempre. Ma nel 92,3% dei casi lo fa solo per evitare impreviste gravidanze, non per tutelarsi dalle malattie. Durante le visite nelle scuole superiori fiorentine, sono stati individuati alcuni casi di cisti epididimali, indizio indiretto di una patologia sessuale. "Finché la visita di leva era obbligatoria - spiega il prof. Riccardo Bartoletti, responsabile dell'urologia di Ponte a Niccheri - avevamo uno screening completo di tutti i diciottenni maschi e potevamo prevenire l'avanzare di patologie che portano all'infertilità. Ora, invece, devono esser loro a chiedere una visita di controllo". Da risultati ottenuti dallo studio fiorentino, l'Istituto superiore di sanità farà partire una campagna di prevenzione della fertilità maschile a livello nazionale.



Modena

Forte iniziativa dell'Ordine a tutela dei colleghi contrattisti del policlinico

Dopo la risoluzione del rapporto di lavoro da parte dell'Azienda Policlinico, per numerosi colleghi contrattisti è giunta una lettera al Consiglio dell'Ordine dei Medici per evidenziare due aspetti della vicenda. Il primo attiene a problemi di natura amministrativa - firma del contratto - il secondo alle modalità con le quali i responsabili dell'azienda hanno



comunicato ai colleghi la fine del contratto. Il Consiglio dell'Ordine ha recepito pienamente le loro istanze decidendo di consultare il legale, avv. Fregni, con lo scopo di predisporre una memoria a tutela dei medici interessati alla vicenda. "Non si può informare un professionista impegnato da anni in un'azienda sanitaria che il suo rapporto di lavoro terminerà dopo pochi giorni" ha dichiarato il presidente dell'Ordine D'Autilia, sottolineando peraltro che "quel medico ha lavorato inserito a pieno titolo in un contesto multidisciplinare con forte connotazione di integrazione interprofessionale".

Udine

Gratis la musica negli studi

Dopo anni (stiamo parlando del 2006) la questione del pagamento alla Scf dei diritti per ascoltare la musica nel nostro studio è arrivata finalmente alla conclusione, per fortuna a nostro vantaggio. Di seguito il commento dell'avv. Ennio Grassini ed il testo integrale della sentenza del tribunale di Torino. La riproduzione musicale in uno studio medico – medico-dentistico nel caso specifico non è effettuata a scopo di lucro, neppure indirettamente, atteso che il medico dentista ascolta la musica mentre lavora soltanto per diletto e il paziente è indifferente al fatto che nello studio venga trasmessa della musica, né è indotto a scegliere un dentista piuttosto che un altro in base al fatto che nello studio si ascolti della musica. Conseguenza che il medico non è tenuto al versamento di compensi in favore del produttore di fonogrammi, nonché gli artisti interpreti e gli artisti esecutori che abbiano compiuto l'interpretazione o l'esecuzione fissata o riprodotta nei fonogrammi.

(Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net)



Catania

Nuovo centro raccolta sangue dell'Avis a San Giorgio-Librino

È stato inaugurato presso i locali della IX municipalità allo Stradale S. Giorgio il nuovo centro raccolta sangue dell'Avis. A tagliare il tradizionale nastro dei locali è stato il presidente dell'Avis comunale di Catania e direttore sanitario regionale, Marcello Romano. L'inaugurazione è stata preceduta da una breve conferenza di presentazione a cui sono



intervenuiti, tra gli altri, il primario del servizio trasfusionale dell'ospedale Cannizzaro, Maria Carmela Pagano, il direttore sanitario dell'Avis comunale, Santi Sciacca, ed i componenti del Consiglio direttivo dell'Avis Marisa Prestinenzia, Salvo Bonaccorssi e Giuseppe Arangio.

Ascoli Piceno

Diritto sanitario – Condanna per mancanza di motivazione rafforzata

Medici assolti in primo grado e condannati in appello: cassata la sentenza di condanna per mancanza di "motivazione rafforzata".

Massima

L'accertamento della possibile responsabilità penale del medico per la morte o le lesioni subite dal paziente presenta aspetti molto delicati quando l'addebito è costruito come ipotesi di responsabilità omissiva. Ciò che si verifica quando al medico si addebita non tanto un intervento positivo sbagliato, bensì piuttosto l'inerzia ingiustificata, l'attendismo colpevole, la mancata prestazione delle cure doverose, l'omessa o erronea diagnosi, tali da avere, in ipotesi, determinato l'evento letale. Nell'ipotesi dell'addebito omissivo, la ricostruzione della responsabilità passa inevitabilmente attraverso un giudizio "prognostico" (che come tale può presentare notevoli ambiti di incertezza o di opinabilità) su quelli che sarebbero stati gli esiti (in ipotesi positivi) dell'intervento doveroso e corretto che si sarebbe potuto e dovuto pretendere dal sanitario. In questa prospettiva di principio, risulta evidente la carenza della sentenza di condanna (sent. d'appello in riforma di quella assolutoria), la quale non ha affrontato il suddetto aspetto ricostruttivo, limitandosi ad affermazioni apodittiche ed assertive circa una "maggiore probabilità di sopravvivenza del paziente", che non è stata accompagnata – per ciascuno degli imputati – sulla preventiva ricostruzione degli addebiti al medesimo riconducibili e, soprattutto, al rilievo che tali addebiti potevano (anzi, dovevano) avere avuto sull'esito lesivo. Trattasi di carenza particolarmente grave giacché, come è noto, in caso di riforma di giudizio assolutorio, grava sul giudice d'appello uno specifico dovere di "motivazione rafforzata", nel senso che questi ha l'obbligo di confutare gli argomenti più rilevanti della sentenza di primo grado, al fine di giustificare la riforma, tanto più in mancanza di nuove acquisizioni istruttorie.

(avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net)

NOTIZIARIO MEDICO

ANNO 22 - Numero 5 - luglio 2008
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGICI E DEGLI ODONTOSTOMATI DELLA PROVINCIA DI ASCOLI PICENO
 Piazza Marconi, 12 - 63070 CIVITANOVA (MC) - Tel. 0733/24181 - Fax 0733/24182
 Indirizzo Internet: www.dirittosanitario.net e-mail: info@dirittosanitario.net
 P.I. 01545000429 - C.F. 01545020429 - C.C. 01545020429 - C.A. 01545020429 - C.B. 01545020429
 La "FELICITÀ DEL GIORNO DOPO"
 Non è possibile pensare sotto silenzio la problematica della "felicità del giorno dopo". Da tempo occupiamo ed occupiamo per creare una gioventù solida e non disincantata di noi stessi. La salute materiale riferiamo che se ne occupano oltre 400.000 al giorno con pure superiori al termine del fine settimana.
 Siamo di fronte, dunque, ad un uso del tutto improprio di un farmaco ed i medici sono coinvolti in questo. A differenza della maggior parte dei paesi europei e degli Stati Uniti, dove il farmaco è "a basso", nel nostro Paese è richiesta la prescrizione con ricetta medica.
 L'assenza della prescrizione di farmaci, in realtà, è un vero e proprio problema. Non c'è una malattia da curare né da prevenire. Farmaci si sono moltiplicati e non essendo alcun rilievo scientifico a talora della coltura (che non prescrive farmaci "prescritti") non siamo nemmeno sicuri se chi ne ha il farmaco. Nel presente sono trascorsi i problemi legati alla sicurezza del farmaco e al controllo del farmaco (rispetto dell'ordine) e dell'assunzione del farmaco (rispetto del

Harlem, storia di un ghetto



Lo storico quartiere di New York da laboratorio di sperimentazioni letterarie, musicali e teatrali nei primi anni del secolo scorso alla miseria, figlia della crisi del '29. Un viaggio nei luoghi dove suonò Duke Ellington e dove si affermò il leader afroamericano Malcom X

testo e foto di
Mauro Subrizi

New York in questo periodo vive in attesa. In attesa della fine della crisi finanziaria, che qui è più visibile che altrove: la città ospita il mercato borsistico più importante del mondo. Ed in attesa – tifando Obama – dell'elezione del nuovo presidente. Gli europei che arrivano in città si sentono più ricchi che a casa loro, specialmen-

te gli italiani, e non solo per il cambio favorevole: i generi di prima necessità sono più tutelati, ed il costo della vita per l'americano medio è meno gravoso che da noi. La visita della città che più rappresenta le inquietudini del mondo moderno continua con un quartiere carico di storia e di eventi: Harlem. La sua storia è lunga e complessa, è, per esempio, la storia della stupefacente fioritura degli anni '20 quando il quartiere divenne la-

boratorio di sperimentazioni letterarie, musicali e teatrali. Il "Rinascimento di Harlem", tenuto a battesimo da intellettuali neri come W.E.D. DuBois e Alain Locke, significò l'emergere di talenti come i poeti Langston Hughes, Countee Cullen, l'antropologa e scrittrice Zora Neale Hurston; l'esplosione del jazz, delle grandi orchestre, dei solisti celebri; una convulsa vita notturna in locali presto diventati mitici. Si-

gnificò anche una notevole componente di ambiguità: era quella l'ansiosa "età del jazz" e furono molti gli intellettuali e gli artisti bianchi a volgersi ad Harlem in cerca di nuovi stimoli dopo la commercializzazione e l'esaurimento del Greenwich Village. Ma questa "scoperta" non portò molti cambiamenti reali agli abitanti del quartiere: Il **Cotton Club**, mecca della Harlem notturna, restò rigidamente segregato: vi suonava Duke Ellington, ma il buttafuori non permise a W.C. Handy, il "padre del Blues" di sedersi ad un tavolino per ascoltarlo.

Il crollo di Wall Street del '29 spense le luci del "Rinascimento di Harlem": dalle sue strade uscirono una miseria ancora più disperata, una disoccupazione crescente, affitti alle stelle, condizioni di vita in continuo peggioramento, una rabbia e un'angoscia che esplosero nei disordini del 1935 e poi del 1943.

Nuovi gruppi cercarono di organizzare il quartiere, nuove personalità si affermarono, come Malcom X, la cui *Organization of Afro-American Unity* aveva sede presso l'Hotel Teresa all'angolo della 7th Avenue e della 125th Street e che venne ucciso durante un comizio al-

**Il crollo
di Wall Street
spense le luci
del "Rinascimento
di Harlem"**

l'Audubon Ballrom, sulla West 166th Street; nuove rivolte si sprigionarono dalle sue strade nei decenni che seguirono.

Oggi si provano emozioni contrastanti, camminando per le vie di questo ghetto storico, sotto questa architettura straordinaria, tra la folla che cammina al vostro fianco o sosta all'angolo o sui gradini di casa.

Tutt'intorno il passato si intreccia con il presente. Verso nord, i marciapiedi spaziosi del Boulevard ricordano ad ogni passo che Harlem nacque come quartiere residenziale. Ma lo stato di degrado di alcuni isolati balza agli occhi in maniera angosciante: gli edifici con le finestre accecate da assi e lamiere, l'abbandono grigio delle viuzze laterali.

"Sugar Hill" è l'apoteosi della Harlem abbiente. Ai primi dell'800 qui sorgevano le grandi tenute cittadine. Poi, l'area seguì le trasformazioni del quartiere, rimanendo sempre una zona "bene". Lo dichiarano le case e le chiese, tra cui quella incredibile di *Our Lady of Lourdes* sulla West 142nd Street, che incorpora elementi di tre diversi edifici dell'800. Qui intorno sorgono anche il **City College of New York** e la **Hamilton Terrace**, consi-

Le condizioni di vita in continuo peggioramento causarono i disordini del 1935 e del 1943

Martin Luther King Boulevard



derata una delle più belle strade di New York.

Intorno a voi c'è molta gente indaffarata. Potreste arrivare fino al mitico **Apollo Theatre**, con gli inservienti che vi invitano ad entrare nell'atrio per dare un'occhiata alle fotografie e ai manifesti. Oppure, po-

trete dirigervi verso lo *Schomburg Center for Research in Black Culture*, su Malcom X Boulevard a West 135th Street, per cercare qualche materiale sulla storia del quartiere; o cercare la **Minton's Playhouse**, al piano terra del Cecil Hotel, su West 118th

Street, dove suonarono Charlie Parker e Thelonius Monk; o arrivare fino alla costruzione neo-gotica della Abyssinian Baptist Church, al 136-142 di West 138th Street, dove la domenica mattina si può ascoltare splendida musica gospel. •



Interno del Cotton Club

Vincent van Gogh, *La notte stellata sul Rodano*, 1888. Parigi, Musée d'Orsay. Olio su tela



Paesaggi dell'anima

“Mentre mi sforzo di approfondire l’arte, cerco allo stesso tempo di approfondire la vita”, scrive van Gogh nel suo epistolario, e forse proprio qui risiede il segreto del suo impatto sulle coscienze, nell’intendere la pittura come una lotta nella quale si mette in gioco tutto. L’esposizione all’Albertina di Vienna dedicata al grande pittore

di **Riccardo Cenci**

“Non ci sono fantasmi nei quadri di van Gogh, né visioni, né allucinazioni”, scrive Artaud in quel capolavoro saggistico concepito un anno prima di morire nel quale, con il suo stile frammentario e allucinato, traccia il ritratto di un artista le cui opere gli appaiono come ordigni gettati nel cuore conformista delle istituzioni, come eventi naturali destinati a cambiare il corso della storia. Con grande acume Artaud penetra la poetica del pittore olandese, fornendo contemporaneamente linfa al mito dell’artista ma-

ledetto, vittima di una società vista come una forma di crimine organizzato, acerrima nemica della creatività. La difficoltà maggiore nell’accostarsi a van Gogh è proprio quella di affrontarlo senza pregiudizi e preconetti, con un approccio vergine che, pur tenendo conto degli elementi acquisiti dalla critica, lo illumina di luce nuova. Nonostante il carattere spontaneo ed istintivo la sua pittura è infatti profondamente meditata, ricca di suggestioni filtrate attraverso una sensibilità del tutto peculiare. “Cos’è disegnare? Come ci si arriva? È l’atto di aprirsi un passaggio attraverso un muro di ferro in-

visibile che sembra trovarsi tra ciò che si è e ciò che si può”, scrive van Gogh, indicando il valore irrinunciabile della linea quale mezzo di espressione, quale strumento per penetrare la realtà.

Parte da qui la grande esposizione allestita all’Albertina di Vienna (51 quadri e 89 disegni in mostra fino all’otto dicembre), dall’idea di focalizzare l’attenzione sull’evoluzione parallela del disegnatore e del pittore, indagando i reciproci influssi, fornendo eguale dignità all’espressione grafica e coloristica. Acquisire una perfetta padronanza della tecnica del disegno è infatti la sua

principale preoccupazione, evidente sin dallo *Stagno con ninfee* che, pur nella sua impostazione essenzialmente rigida e geometrica, si colloca fra i primi tentativi pienamente riusciti. Rapidi sono i progressi di van Gogh nell’arte del disegno, significativi nel prefigurare alcuni tratti dello *Jugendstil* e dell’espressionismo. Il tema della solitudine quel suo sentirsi contemporaneamente estraneo agli altri ed a se stesso, entra prepotente nel suo apprendistato; la donna rannicchiata raffigurata in *Sorrow* non è solamente la prostituta Sien, sua occasionale compagna che egli cerca di redimere, ma diviene simbolo di un’umanità dolente e derelitta. Allo stesso modo alcuni acquarelli, come il *Paesaggio a Drenthe*, oltre ad evidenziare la lezione di Millet, sembrano anticipare le atmosfere desolate di Spilliaert (con il quale condivide l’amore per la semplicità delle stampe giapponesi).

Nel disegno van Gogh aspira alla varietà ed alla ricchezza tonale raggiungibile nei dipinti, sperimentando l’utilizzo contemporaneo della matita, della penna e dell’inchiostro. Nella ricerca di soggetti trascurati egli crea la propria originalità,

**L’immagine
è agghiacciante
quanto lo saranno
le visioni di Kubin
e gli incubi di Munch**

raffigurando con claustrofobico realismo i tessitori imprigionati nelle loro macchine, toccando non solo la tematica sociale del lavoro, ma riflettendo sulla condizione esistenziale dell'uomo. Di pregnante modernità è ad esempio il tessitore con bambino, l'uno inchiodato per sempre al telaio, l'altro rinchiuso nel seggiolone, entrambi vittime del medesimo destino. L'immagine, nel suo crudo realismo, è agghiacciante quanto lo saranno le visioni terrifiche di Kubin e gli incubi di Munch.

Il soggiorno a Parigi rappresenta un cambiamento radicale nell'evoluzione stilistica di van Gogh; la tavolozza si schiarisce, gli influssi di una realtà ricchissima di fermenti artistici costituiranno il sostrato dal

quale sorgerà la sua maniera futura. L'artista declina con sicurezza i linguaggi assimilati, come nella veduta di Parigi dalla camera di rue Lepic, chiaramente influenzata dal puntinismo di Seurat, o nel *Moulin de la Galette*, del quale van Gogh, al contrario di Renoir, coglie l'aspetto solitario e rurale, o ancora nel *Restaurant de la Sirène*, di chiaro taglio impressionista. Formidabili esempi di introspezione, paralleli all'epistolario come testimonianza umana ed artistica, sono poi gli autoritratti, la maggior parte dipinti a Parigi, di cui quello con il cappello di paglia, icona della mostra, è un esempio supremo.

È ad Arles che van Gogh traduce in un lessico del tutto personale quanto ha imparato a Parigi, è qui che si instaura il dialogo ininterrotto fra disegno e pittura, che la sua arte assu-

me quel particolare dinamismo, quell'enfasi ritmica, vorremmo dire musicale, che la contraddistingue. Nel paesaggio della Provenza van Gogh scopre il Giappone, l'ideale di un'arte semplice e spontanea che assume il valore di una conversione spirituale, incarnato nella magistrale serie di disegni a penna di bambù (*Il ponte di Langlois*, le numerose vedute di Arles). Qui le sue tele si infiammano di colore, il giallo del sole assume una valenza quasi mistica, mentre l'eterno gesto del seminatore richiama alla mente il rinnovarsi della vita. Sulla difficile convivenza con Gauguin e sulla successiva separazione è ancora Artaud ad illuminarci: "Credo che Gauguin pensasse che l'artista deve ricercare il simbolo, il mito, mentre van Gogh pensava che bisogna saper dedurre il mito dalle cose più terra terra della vita". Il sogno utopico a lungo coltivato di una comunità di artisti fallisce, il fragile equilibrio psichico di Vincent lo porta a recidersi un orecchio, estremo grido di aiuto lanciato verso il mondo. Nel manicomio di Saint-Rémy il disegno diviene una necessità pratica, imposta dai medici i quali te-

mono possa avvelenarsi con i colori. L'arte di van Gogh raggiunge un grado di stilizzazione tale da sconcertare il fratello Theo, che pure lo ha sempre sostenuto. Le linee ondulate ed instabili prevalgono, come nel *Campo di grano con cipresso*, mentre nelle numerose rappresentazioni degli olivi l'artista sembra esplorare qualcosa di atavico e segreto. Claustrofobici come erano stati i disegni dei tessitori sono adesso le immagini dell'interno del manicomio, tanto più opprimenti quanto più monocromatiche; la tavolozza si smorza, il dinamismo delle linee assume valore strutturale.

Ad Auvers-sur-Oise l'incubo sembra abbandonarlo; van Gogh si immerge nel vagheggiamento di una vita rurale perfetta, un sogno di armonia che richiama il mondo ideale di Puvis de Chavannes. Gli ultimi paesaggi, ben tredici probabilmente ideati per formare un ciclo (cinque presenti nella mostra), rappresentano davvero il suo testamento stilistico, nella perfetta corrispondenza fra le linee ed il colore, e spirituale, un vero e proprio inno innalzato alla sua fede nella natura. In quest'ottica anche il suicidio si spoglia del suo carattere tragico per farsi rito, con l'artista agonizzante per due giorni e nel contempo sereno, capace di accomiarsi dalla vita senza rimpianti, conscio che, in futuro, saranno i quadri a parlare per lui. •

Vincent van Gogh,
Le Moulin de la Galette, 1886.
Otterlo, Rijksmuseum Kröller-
Müller, Olanda. Olio su tela



**La prostituta
Sien
diviene simbolo
di un'umanità
dolente e derelitta**

ed esposizioni in Italia a cura di Anna Leyda Cavalli

FUTURISMO 1910-1915, IL CENTENARIO DEL MANIFESTO

BOLOGNA – fino al 30 gennaio 2008
In concomitanza con l'esposizione parigina, la mostra presenta una raccolta di opere uniche appartenenti al primo periodo del movimento futurista.
Galleria Di Paolo Arte
telefono: 051 225413

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

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

CAPOLAVORI ETRUSCHI DALL'ERMITAGE CORTONA (AR)

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

NAPOLEONE E IL GOLFO. TOPOGRAFI FRANCESI NEL GOLFO DELLA SPEZIA (1809-1811)

LA SPEZIA – fino all'11 gennaio 2009
Per la prima volta verranno esposti al pubblico i disegni eseguiti dalla brigata napoleonica nel Golfo della città.
Palazzina delle arti
telefono: 0187 778544

GEORGES SEURAT, PAUL SIGNAC E I NEOIMPRESSIONISTI

MILANO - fino al 25 gennaio 2009
Importante mostra incentrata sulle figure di Georges Seurat e Paul Signac,

con una selezione di straordinari dipinti provenienti dai più importanti musei del mondo.

Palazzo Reale
telefono: 02 54919
www.ineoimpressionisti.it

BOLDINI. MON AMOUR MONTECATINI TERME (PT)

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

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

PERUGIA - fino al 15 gennaio 2009
Due celebri collezioni a confronto, da una parte i maggiori maestri dell'impressionismo e delle avanguardie europee del Novecento, dall'altra i protagonisti dell'arte italiana tra Ottocento e Novecento.
Palazzo Baldeschi al Corso
telefono: 199 199111
www.fondazionecrpg.it

GIOVANNI BELLINI

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

IMPRESSIONISTI E POST-IMPRESSIONISTI. CAPOLAVORI DALL'ISRAEL MUSEUM DI GERUSALEMME ROVERETO (TR)

fino al 6 gennaio 2009
Per la prima volta l'Israel Museum di Gerusalemme acconsente ad esporre

all'estero molti dei suoi capolavori.
MART
telefono: 800 397760

GIORGIO MORANDI: COLLEZIONISTI ED AMICI

VARESE – fino all'11 gennaio 2008
La mostra nasce dalla collaborazione del FAI con il Mart e costituisce un'occasione unica per ammirare circa cinquanta straordinari lavori realizzati dall'artista bolognese tra il 1911 e il 1964.
Villa Menafoglio Litta Panza
telefono: 0332239669 - 0332283960

GEORGE BARBIER. LA NASCITA DEL DÉCO

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

GIROLAMO DAI LIBRI. PITTORE E MINIATORE DEL RINASCIMENTO VERONESE

VERONA – fino al 15 febbraio 2009
Mostra tanto rara e raffinata quanto emozionante, dedicata ad un artista che si distinse fin da giovanissimo, attivo tra la fine del Quattrocento e la metà del secolo successivo.
Museo di Castelveccchio
telefono: 045 8062611
www.comune.verona.it/Castelveccchio/cvsito/index.htm



Claude Monet, Femmes au jardin, particolare

9 NOVEMBRE 1989

Cade il Muro di Berlino. Dopo la notizia trasmessa in televisione, i tedeschi dell'est si riversano a migliaia per attraversare il confine che li separa dall'altra metà della città. Il giorno dopo il sindaco di Berlino ovest, Walter Momper, dichiarò: "Ieri sera il popolo tedesco è stato il popolo più felice della Terra". Il 31 agosto del '90, poi, le due Germanie firmarono l'accordo di unificazione che prevedeva Berlino capitale.



19 NOVEMBRE 1977

Il Capo di Stato egiziano Anwar al-Sadat si reca a Gerusalemme in visita di pace.



Anwar al-Sadat

Novembre e le sue storie...

Ricerca scientifica: la sola forma di poesia che sia retribuita dallo Stato

**Jean Rostand,
Inquietudini di un biologo**

20 NOVEMBRE 1974

In Spagna muore Francisco Franco. Juan Carlos I viene proclamato re due giorni dopo.

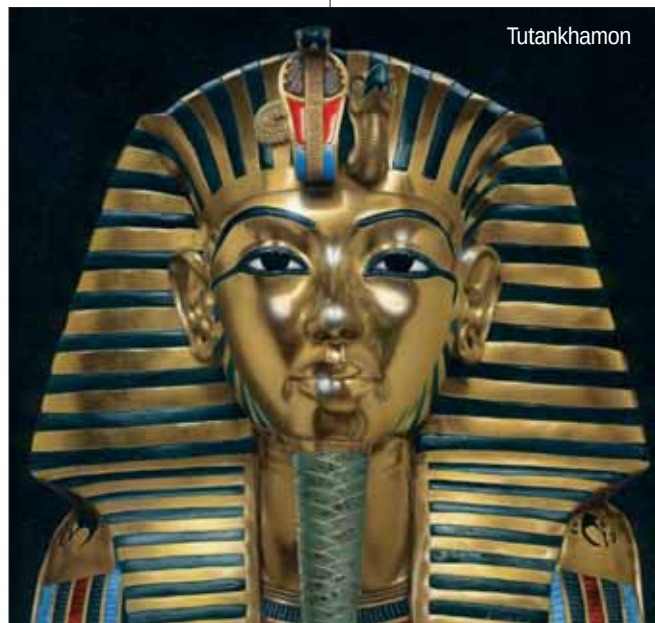
15 NOVEMBRE 1960

In Italia viene trasmessa la prima puntata della fortunata trasmissione televisiva "Non è mai troppo tardi".

4 NOVEMBRE 1957

L'Unione Sovietica lancia nello spazio lo Sputnik 2 in cui trova spazio una cagnetta di nome Laika.

L'8 agosto dell'anno successivo, altri due cani verranno inviati nello spazio ed in questo caso faranno ritorno a terra sani e salvi.



Tutankhamon

In Egitto l'archeologo Howard Carter scopre la tomba del faraone Tutankhamon nella Valle dei Re.



Laika

9 NOVEMBRE 1938

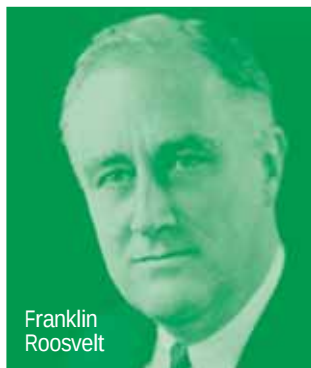
"Notte dei cristalli" in Germania. 91 ebrei uccisi, circa 26mila di questi arrestati, sinagoghe ed attività commerciali distrutte.

12 NOVEMBRE 1936

Inaugurato negli Stati Uniti il ponte San Francisco-Oakland. La lunghezza dell'intera struttura è di oltre sette chilometri.

7 NOVEMBRE 1932

Il democratico Franklin Roosevelt vince le elezioni presidenziali negli Stati Uniti.



Franklin Roosevelt

5 NOVEMBRE 1929

Werner Forssmann, chirurgo tedesco, sperimenta su se stesso il catetere cardiaco e ne pubblica i risultati.

Sono decine i libri che riceviamo scritti da medici. Talmente numerosi che non riusciamo a recensirli: ci vorrebbero, come minimo, tre riviste completamente dedicate ai parti letterari dei colleghi.

Da questo numero, abbiamo così scelto di segnalare con brevi cenni le loro opere, pensando di fare, comunque, cosa gradita agli autori. Diversamente dovrebbero attendere tempi lunghissimi per vedere recensite le

loro fatiche nell'apposita rubrica dei "libri ricevuti". Nel tracciare queste brevi note ci teniamo a sottolineare (ma non ce n'era bisogno) che i medici sanno scrivere e che, contrariamente all'andazzo comune che li vuole indifferenti, dimostrano, senza ombra di dubbio, di avere un'anima sensibile supportata, sempre, da un'intelligenza vivace.

G. Cris

Giuseppe Salzano SETTE SORELLE

"Uno schizzo a matita questo racconto, semplice e rapido, con frequenti e rapidissime aperture sulle realtà più care" di una famiglia di sette sorelle negli anni cruciali tra guerra e dopoguerra. Un racconto ricco di "profonde meditazioni, veri e propri 'credo', nei quali prorompono la fede, le convinzioni, i valori e le speranze dell'autore" (dalla presentazione di E. Della Corte).

L'Opera editrice, Vallo della Lucania (SA)
pp. 80, euro 10,00



Roberto Cattaneo I FAVOLOSI ANNI TRENTA

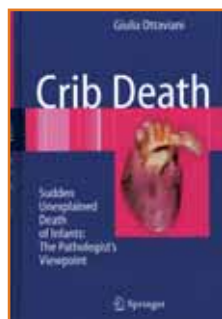
"Qui descrivo la pace degli anni trenta in Italia fino allo scoppio della seconda Guerra mondiale. Credo che questo sia stato, per ora, l'ultimo periodo di pace per l'uomo europeo" (dalle *Noterelle* dell'autore). Con un racconto che è cronaca ed autobiografia Roberto Cattaneo ci riporta alla vita rurale e cittadina dei primi decenni del secolo scorso.

Interlinea edizioni, Novara
pp. 160, euro 14,00



Giulia Ottaviani CRIB DEATH

Una monografia sulla morte in culla che presenta uno studio sistematico del sistema di conduzione cardiaco e del sistema nervoso autonomo in un ampio numero di neonati e feti improvvisamente deceduti. Nel libro viene anche discussa la rela-



zione tra morte in culla e la morte inaspettata del feto. La presentazione è di due illustri patologi: Thomas N. James e Luigi Maturri.

Springer-Verlag, Berlino
pp. 146

Lorenzo Paride Capello MASSAGGIO CURATIVO E CURE INTEGRATE

Il testo presenta le tecniche di massaggio manuali e le tecniche integrate con l'ausilio di fotografie descrittive. Illustra sul piano mentale le localizzazioni corporee simboliche di vari disturbi di origine psicosomatica ed insegna ad affrontarle attraverso diversi approcci finora inesplorati ma rivelatisi di grande efficacia.

Tecniche nuove, Milano
pp. 264, euro 24,90



Vincenzo Maria de Luca LA MEMORIA NON CONDIVISA

L'autore ci offre una interessante, nonché dimenticata, serie di episodi ed avvenimenti legati alla Questione Adriatica. Dal primo conflitto mondiale alla campagna militare italo-tedesca contro la Jugoslavia dell'aprile 1941, ripercorre le tappe fondamentali della questione dei confini orientali e di una memoria storica tra italiani e slavi ancora oggi non condivisa.

Edizioni Settimo Sigillo, Roma
pp. 208, euro 20,00



Aldo Paliaga
DIETRO IL SIPARIO
DELL'IO

Un'analisi funzionale della mente umana con l'assunto fondamentale che la principale differenza tra mondo animale preumano e quello umano sta nella capacità di astrazione e nella ricchezza dei mezzi di gestione logica delle idee. Il libro prospetta una teoria delle idee con particolare riguardo per quelle affettive ed estetiche e una teoria della "tensione psichica" o "aggressività".

Progetti editoriali, Ancona
 pp. 180, euro 18,00



Gianni Martinetto
IL CORAGGIO DI AMARE
DIECI ANNI D'AFRICA

Un diario in cui l'autore commenta la sua esperienza di medico missionario in Benin tra il 1994 e il 2006. Martinetto riporta le impressioni della lunga convivenza con la gente e i missionari, le sensazioni davanti alla sofferenza, le emozioni che lo hanno portato a diventare da straniero a identificato con quella realtà e quelle persone. Uno strumento di conoscenza di un continente pieno di problemi ma con una grande ricchezza umana e spirituale.

Editrice missionaria italiana, Bologna
 pp. 154, euro 9,00



Renzo Tomatis
L'OMBRA DEL DUBBIO

Quattro storie ambientate negli Stati Uniti, dalla prosa nitida e precisa, che stendono l'ombra del dubbio sull'ambiente della ricerca scientifica, sulle umane azioni e sui loro moventi senza però lasciarsi andare al pessimismo, anzi facendo emergere l'aspirazione costante all'onestà dell'agire, a una scienza che sia a servizio degli uomini e non de-



gli interessi economici. Renzo Tomatis, recentemente scomparso, nei suoi romanzi ha saputo trasformare in materia narrativa la sua esperienza di medico ricercatore di fama mondiale.

Sironi editore, Milano
 pp.140, euro 13,50

Carlo Miglietta
QUANDO AMARE
È DIFFICILE

Carlo Miglietta, appassionato cultore delle Sacre Scritture, interpreta in questo lavoro i passi dei testi biblici e delle encicliche papali riguardanti le questioni dell'affettività, della sessualità, dell'omosessualità, dell'amore, del matrimonio, del divorzio e delle unioni di fatto, sui quali negli ultimi anni vi è stato un acceso dibattito nella società e, in particolare, nella comunità ecclesiale.

P. Gribaudi Editore, Milano
 pp. 255, euro 12,00



Federico E. Perozziello
STORIA DEL PENSIERO
MEDICO

Due volumi che tracciano il lento e faticoso percorso affrontato dai medici per giungere ad elaborare le attuali modalità di ricerca. Dall'Antichità al Medioevo, quando il medico, come sosteneva Galeno, doveva essere anche filosofo, fino al Rinascimento e al Secolo dei Lumi dove la medicina abbandona ogni indagine della realtà biologica non supportata dall'aiuto della ragione.

Mattioli, Fidenza (PR)
 euro 10,00 cadauno



Nelle pagine seguenti la rubrica "Libri ricevuti"

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

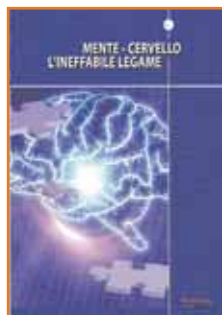
Mente-cervello, l'ineffabile legame

La neuro-anatomo-fisiologia del sistema nervoso centrale ha raggiunto traguardi superiori ad ogni aspettativa, ma Giuseppe Roccatagliata sottolinea l'esistenza di un campo che si sottrae ad un'adeguata indagine scientifica. Esso viene identificato in quel tipo di legame esistente tra mente e cervello prodotto da un'energia che include il progetto cognitivo e si sviluppa in un processo dialettico in cui l'idea diventa materia e la materia diventa forma. Non esisterebbe dunque una dualità tra materia e spirito, ma un'entità monistica. L'argomento, oscuro per molti studiosi, viene esaminato indagando sulla qualità dell'energia psichica usata dall'Io e sulla possibilità che sia la materia a fornire elementi che possono venire razionalizzati, proprio come avviene nella vita emotiva.

Giuseppe Roccatagliata

"Mente-cervello l'ineffabile legame"

Pacini Editore, Ospedaletto (PI) - pp. 200, euro 22,00



La gestione dei conflitti in ambito sanitario

Nell'ambito sanitario sorgono spesso conflitti di diverso tipo. Essi possono essere originati dagli attriti fra colleghi, dalla composizione non condivisa delle équipe operative, dalle dinamiche decisionali, dalle scelte etiche che le diversità culturali impongono, dai rapporti fra medico e paziente e, addirittura, fra cittadini e sistema sanitario. Il libro di Andrea Valdambrini illustra le caratteristiche e la complessità di questi conflitti, le cui possibilità di gestione sono oggetto di studio da parte di molti ricercatori, e presenta le strategie individuate per orientare il processo conflittuale verso esiti costruttivi e di soddisfazione dei bisogni reciproci e di cura della relazione, strategie che dovrebbero ormai entrare a far parte dei corsi di formazione dei medici.

Andrea Valdambrini

"La gestione dei conflitti in ambito sanitario"

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma - pp.160, euro 20,00



Il ricordo di una gioventù

Scrivere le proprie memorie è fare una sorta di bilancio e valutazione delle proprie azioni, è lasciare una traccia della propria presenza nel mondo, un ricordo per i propri cari e conoscenti e una testimonianza viva e rappresentativa dei tempi in cui si è vissuti. Con queste intenzioni Angelo Panza ha scritto un volume di ricordi, nel quale racconta la vita semplice, morigerata, faticosa, ma non infelice che si conduceva all'epoca della sua giovinezza. Ricorda poi l'amaro periodo della guerra e il suo fortunoso richiamo alle armi, i due anni vissuti in Germania da internato, l'avventuroso rientro in Italia, il ritorno agli studi universitari e le feste matricolari, che risvegliarono Parma dal torpore in cui l'aveva costretta la guerra. Il libro si conclude con la narrazione delle vicende più curiose capitategli nella sua professione di medico.

Angelo Panza

"Il ricordo di una gioventù"

Tipografie Riunite Donati, Parma - pp. 102, euro 8,00



Spunta il sole, canta il gallo...

Le memorie della sua giovinezza, scritte in bello stile da Cesare Persiani, fanno rivivere le atmosfere agresti e i ritmi pacati e sempre uguali di un borgo del bergamasco dove si era finito per accettare di buon grado il regime che aveva portato nella società italiana elementi di sicurezza, di stabilità e di progresso. La proclamazione dell'Impero, la guerra di Spagna, l'introduzione della luce elettrica e dell'acqua nelle case, i consultori pediatrici dell'Onmi, le colonie elioterapiche, fatti che, tra gli altri, avevano segnato positivamente i primi anni del fascismo, sono raccontati in una storia romanzata, la cui narrazione è resa più vivida e sentita dai giudizi espressi nella vita d'ogni giorno in modo positivo dai più e invece ironico e critico da parte di quanti allora capirono subito i limiti e i pericoli di quel regime, poi conclusisi col disastro della guerra.

Cesare Persiani

"Spunta il sole, canta il gallo..."

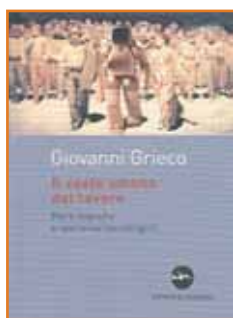
Flavius Edizioni, Pompei (NA) - pp.159, euro 15,00



Il costo umano del lavoro

Le morti sul lavoro si susseguono con un ritmo allarmante in Italia e nel mondo. Purtroppo, dopo la consueta "indignazione", poco o nulla si fa per arginare il problema. Un passo importante potrebbe essere quello della divulgazione delle possibilità rappresentate dalle nuove tecnologie la cui conoscenza dovrebbe consentire di affrontare con successo il problema. Un costo umano che "si estende all'enormità di malattie e infortuni invalidanti, nonché alla peggiore qualità e durata minore della vita in conseguenza della mansione lavorativa esercitata". Ogni anno nel mondo industrializzato si registrano in media tre morti ogni centomila lavoratori. Di questo tema, con il piglio sicuro dello studioso e l'umanità del medico, si occupa il professor Giovanni Grieco, docente di medicina del lavoro.

La divulgazione di questi temi (è la tesi dell'autore) dovrebbe portare a scelte politiche precise ed utili. Diversamente tutti, chi più chi meno, potremmo essere chiamati a risponderne.



Giovanni Grieco

"Il costo umano del lavoro"

Iuppiter edizioni, Napoli - pp. 126, euro 12,00

La ragazza dalla cintura rossa

In questo romanzo la figura centrale è un personaggio senza nome, la cui sensibilità sarà durevolmente segnata dalla giovinezza trascorsa in un ambiente di provincia e dalla compagnia di un amico sadico e sicuro di sé, che commetterà un atroce delitto, mentre la sua immaginazione e la vita affettiva saranno influenzate dall'improvvisa visione di una ragazza in bicicletta con un abito bianco trattenuto da una sottile cintura rossa.

Con questo romanzo, nel quale gli altri personaggi sono nominati e ben caratterizzati, Aldo Stoico mette in evidenza come alcune esperienze possano condizionare un'intera esistenza sotto il fardello dei ricordi e il perdurare dei sogni giovanili. La fuga del protagonista a Lima per sfuggire al suo passato permette all'autore di tracciare un interessante profilo della storia dell'antica civiltà peruviana, della sua mitologia e delle leggende Inca.



Aldo Stoico

"La ragazza dalla cintura rossa"

Lo Scarabeo, Roma - pp. 339, euro 22,00

In breve

Roberto Levi

LO SAPEVO, NON DOVEVO AMMALARMI

Un dolore notturno sveglia il protagonista e la solita sequela di visite mediche e specialistiche, il ricovero ospedaliero per analisi più approfondite... È un'analisi critica dei medici e del mondo ospedaliero condotta con acutezza e ironia dal punto di vista del paziente, ma che sembra indirizzata soprattutto alla classe medica.

G. Feltrinelli Editore, Milano - pp. 109, euro 8,00

Giovanni De Giorgio

CURARSI E VIVERE OMEOPATICAMENTE

Raccolta degli articoli apparsi sul quotidiano *Il domani della Calabria* nella rubrica tenuta dall'autore dal 2003 al 2007. Gli scritti, preparati traendo spunto da avvenimenti di cronaca o dall'avvicinarsi delle stagioni, presentano in forma discorsiva tutti gli aspetti di questa pressoché sconosciuta, ma tanto discussa materia.

Edi - Lombardo, Roma - pp. 147

Fabrizio Cerusico

LE PAROLE DI UN BAMBINO FANNO FELICE UN ALTRO BAMBINO

Un gran numero di pensieri, considerazioni, uscite di bambini dai tre agli undici anni, che si trasformano ai nostri occhi in esilaranti battute, comiche freddure ed inattese invenzioni linguistiche. I proventi di questa pubblicazione saranno devoluti all'associazione "Andrea Tudisco" e alla casa famiglia di Padre Renzo Campetella.

Eurilink, Roma - pp. 110, euro 10,00

Stefano Beltrami, Elena Bertoldi

BICARBONATO & MENTINE

Arguta presentazione dell'opera di Giovanni Guareschi che, riportando citazioni e vignette dello scrittore, mostra come egli abbia saputo trattare i temi della famiglia, della fede, della libertà di pensiero e anche dei malanni dei singoli e della società combattendo, pressoché da solo, l'avvallarsi del livello culturale italiano.

Gam Editrice, Rudiano (BS) - pp. 127, euro 15,00

Ernesto Robecchi

FILASTROCCHES PER UNA FIGLIA

Masi, Pino, Pisi, Pisello, Pisellina, Pisina sono gli affettuosi nomignoli con i quali l'autore chiamava la sua figliuola, per la quale, negli anni della guerra, descrisse in fantasiose filastrocche avvenimenti vissuti dalla piccina. Da esse trapela l'affettuosità di un padre che fu medico, pittore, sportivo e uomo capace di conservare la fervida fantasia della sua infanzia.

Gammarò Editori, Sestri Levante (GE) - pp. 119, euro 16,00

Albertazzi, un eroe che adora la ribalta

Attore, autore, regista, sceneggiatore, architetto, poeta e fotografo. Ama le donne, adora cavalli e cani e s'improvvisa "battitore" in un'asta benefica per l'associazione "Bambini oggi adulti domani". Il ricordo – a raffica – della sua ancora giovane esistenza

di Paola Stefanucci

Un re della scena. Con la corona ancora ben salda sulla testa.

Giorgio Albertazzi, nato nel 1923, è tuttora giovanissimo, nel sangue, nel cuore e nel cervello. Probabilmente il successo è una buona dieta. Come affermava Edmund Kean, l'età anagrafica delle star non conta. Nel leggere le cronache (monumentali) dell'intramontabile Giorgio ci accorgiamo che egli, sin dal suo debutto nell'immediato dopoguerra in Troilo e Clessidra con la regia del leggendario Luchino Visconti al Maggio Fiorentino, è sempre stato sulla cresta dell'onda. Non solo teatro. Attore per il grande e piccolo schermo. Autore. Regista. Sceneggiatore. Architetto (allievo di Pietro Porcinai, il più cele-



Giorgio Albertazzi

bre paesaggista del Novecento): un'attività che pratica solo per gli amici, perché "il teatro lo ha rapito". Poeta: imminente la pubblicazione della raccolta di poesie "Il sorriso di Pia", edito da Mondadori. Ed anche fotografo (lo sapevate?) vincitore di due prestigiosi premi internazionali dedicati ai cultori del click. In ogni caso, un potentissimo magnete capace di calamitare l'ammirazione del pubblico e l'approvazione unanime della critica. Nelle Memorie di Adriano, tratte dall'omonimo libro di Marguerite Yourcenar, l'"imperatore Albertazzi" ha stabilito un record ineguagliato di intensità e gradimento continuo: si

replica dal 1989. Per ragioni di spazio, non possiamo riportare tutti gli altri primati dell'artista toscano che lo scorso anno ha coronato con il matrimonio la sua storia d'amore con la nobildonna maremmana Pia de' Tolomei, discendente della celebre Pia dantesca citata dall'Alighieri nel V Canto del Purgatorio. Egli non nasconde tuttavia la sua passione (estetica) per le donne. Per i cavalli e i cani, animali che adora. L'inossidabile Giorgio Albertazzi è colto quanto ironico, grintoso quanto tenero: sul divano tiene una foto ingiallita della mamma, così può starle seduto accanto. Generoso e sensibile si è trasformato in battitore per

l'asta di beneficenza "Contemporanea per il domani", organizzata dalla Casa d'arte Artribù di Claudio Proietti, a favore dell'Associazione "Bambini oggi adulti domani", presieduta dal professor Francesco Zardo, attivo presso il Servizio di Otorinolaringoiatria pediatrica del Policlinico capitolino Umberto I.

Maestro Albertazzi è la prima volta che fa il battitore in un'asta?

Sì, la prima (e ultima?). Una volta sono stato da Sotheby's a Londra: il battitore, ricordo, era un dignitoso signore in frac con baffi color whisky. Io non possiedo questi attributi, ma mi sono impegnato al massimo

per un nobile fine. Poter fare qualcosa per alleviare le sofferenze dei bambini mi ha reso felice. Ero emozionato come al mio primo incontro di pugilato.

Ma quando è salito sul ring?

Ah! Nei (lontani) anni Quaranta. Facevo tanti sport, ma solo quelli che potevano permettersi anche i poveri: scherma, pugilato, ciclismo e calcio, mentre lo sci e il tennis erano sport per ricchi a quei tempi. Sono stato ala destra nei "Primi Calci" della Fiorentina.

E, oggi, seguita a fare attività sportiva?

Non proprio. Faccio della ginnastica di mantenimento. A volte qualche massaggio, una nuotata in piscina.

Segue una dieta speciale?

No. Mangio prima le pietanze crude e poi le cotte per combattere i radicali liberi.

Nessun peccato di gola?

Uno: il tortino di carciofi, ma rigorosamente solo alla "Buca dell'orafo" a Firenze e da "Chez Francis" in place de l'Alma a Parigi.

Lei è il ritratto della salute, coniugata come sanità, validità, longevità. Quale è il suo segreto?

La genetica. Mia nonna Leonilde è vissuta fino a 101 anni. Sua madre fino a 106. Mia madre si è avvicinata ai 90. Io mi difendo, ma ho avuto qualche problema serio alla schiena. Ho anche subito un intervento chirurgico, con un esito non proprio ottimale. Non dimentichiamoci che il teatro è un'attività corporea, con tutti i suoi inconvenienti. Quando reci-

tavo Riccardo III avevo un rialzo di 25 cm ad una gamba e in Falstaff avevo otto chili di pancia finta. Temo le malattie in senso debilitante. Ne parlavo con Anna (Proclemer, ndr) qualche giorno fa. La vecchiaia è atroce, non perché siano passati gli anni. L'atrocità della vecchiaia è nel corpo che non ti obbedisce più. Quando si incomincia ad interagire, da piccoli e in seguito, il corpo esegue i nostri comandi: Corri, corri. Sali, sali. Volontà, corpo; stimolo azione. Un meccanismo meraviglioso. Nei vecchi comincia a decadere, non sono più padroni del loro corpo. Decadono le facoltà, ma si raggiungono altre armonie.

Come la saggezza?

No. La vecchiaia non va verso la saggezza, ma verso la follia. I vecchi sono pazzi soprattutto quando pensano di essere saggi. Vantaggi della vecchiaia? Cito il filosofo Sgalambro: "Il vecchio è testimone del suo tempo".

Assistiamo ad un proliferare inarrestabile di fiction

sui camici bianchi. Perché, secondo lei?

Nello spettatore c'è la voglia di vedere uno che fa guarire gli altri.

Per un suo prossimo lavoro si ispirerebbe ad un personaggio del mondo medico o scientifico?

Sì. Mi piacerebbe fare uno spettacolo su Wilhelm Reich, teorico dell'energia orgonica. O su Sigmund Freud.

Nel 1959 il giovane Albertazzi era l'acclamato protagonista dello sceneggiato televisivo, diventato un cult, "L'idiota", quasi 50 anni dopo in cosa si sente cambiato?

Mi viene in mente una battuta formidabile di D'Annunzio. Il Vate incalzato dal suo biografo Antongini che gli chiedeva come aveva passato due notti di fila con una principessa russa a Bocca di Magra rispose: "Non ho più i miei sessant'anni". Ecco: "Io non ho più i miei vent'anni". Il mondo è cambiato. L'idiota fu un grande investimento per la Rai grazie alla lungimiranza di Sergio Pugliese, il quale aveva notato le poche cose che ave-

vo fatto in tivù (la televisione era agli albori) diretto dal grande e amato Franco Enriquez. Mi convocò: "Cosa vuoi fare?". Gli proposi L'idiota. Per quale ragione? Una signora che avevo incontrato mi aveva detto: ma perché non fai L'idiota?". Quindici milioni di telespettatori ad ogni puntata. L'idiota di Dostoevskij. Mica l'Isola dei famosi. Ma considero la mia maggiore opera televisiva il Dottor Jackyll. Un'opera rivoluzionaria. Ho catapultato nel romanzo di Stevenson la biologia molecolare. Il genoma. Tra gli estimatori del mio Jackyll anche Walter Veltroni che ne parla nel suo libro "I programmi che hanno cambiato l'Italia".

Lei ha teorizzato una (provocatoria) scuola di dissuasione teatrale...

Dissuasiva perché l'attore che ha avuto ed ha la sua consacrazione nel mondo dello spettacolo (tradizionale) per me è morto. Il teatro dovrebbe essere qualcosa che sta tra la poesia e l'azione scenica, come l'eros greco, demone mediatore, sta tra il sonno e la veglia. Ecco cosa intendo: Teatro come sogno.

Al di là del suo intensissimo calendario operativo ha qualche novità in cantiere?

Sì. Faccio un film. Sarò un vecchio generale nazista. La regia è di Giancarlo Marinelli, l'autore di Ti lascio il meglio di me, finalista al Campiello due anni fa. Non voglio dire di più.

Sarà l'ennesimo successo...

Certo. Non accenna a tramontare. •

Giorgio Albertazzi e il prof. Francesco Zardo



A passo di danza sul grande schermo

di Maricla Tagliaferri

Torna il grembiolino a scuola, tornano gli abiti da figlie dei fiori, tornano le crociate. Se, come dice Umberto Eco, la storia va a passo di gambero, cioè all'indietro, anche il cinema si adegua. E tornano i film musicali. Che sembravano

ormai destinati ad un inesorabile declino, passato il periodo d'oro e archiviata la seconda giovinezza delle varie febbri del sabato sera fine anni '70. Invece, sorpresa: dallo scorso anno se ne fanno in continuazione, diversi fra loro, e piacciono alla gente. Vincono premi prestigiosi, come *Io non sono qui*, biografia multipla di Bob Dylan, e sbancano botteghini, come il recentissimo *Mamma mia*, basato sulle canzoni degli Abba, tratto dall'omonimo musical che in dieci anni di repliche in 170 città del mondo è stato visto da 30 milioni di persone.

Per interpretare la protagonista, ci fu una specie di rissa fra le star. Rissa vinta da Meryl Streep, che qualcuno già vede in corsa per l'Oscar. La stessa sorte non toccò dieci anni fa a Madonna, protagonista della versione cinematografica di *Evita*. Le cose cambiano e il mutamento era nell'aria, col successo di *Hairspray*, con un danzerino John Travolta vestito da donna. Anche quello tratto da un musical che da settembre è sbarcato anche sui palcoscenici italiani.

Ma siccome la storia non si ripete mai uguale, nel terzo millennio il film musicale cambia volto. Non più solo divertimento e allegria, ma anche mezzo per raccontare una società, un'epoca, un artista. Così è stato *Across the universe*, dell'americana Julie Taymor, che ha costruito una sceneggiatura usando i testi dei Beatles con cui ha raccontato i favolosi anni '60, dalla rivolta studentesca alla pop art. Le canzoni non più una pausa nel racconto, ma parte integrante, come la musica è parte integrante della vita dei giovani (e non solo). Così forse sarà *Nowhere boy*, che l'inglese Sam Taylor-Wood sta preparando sull'infanzia di John Lennon. E *The rocker - Il batterista nudo*, con lo scatenato Jack Black, diventa addirittura una riflessione sulle occasioni perdute, ispirato com'è al batterista Pete Best, che lasciò i Beatles poco prima che diventassero i Fab Four.

L'Italia non è rimasta a guardare. Ha iniziato a ispirarsi liberamente ai titoli, come *Notte prima degli esami*, storico brano di Antonello Venditti, per storie adolescenziali senza troppe pretese. Ma già *Albachiara*, nei cinema a ottobre, alza il tiro. Dove la celebre canzone di

Vasco Rossi, *Albachiara*, del '79, raccontava una liceale ingenua e pulita, il film di Stefano Salvati dà uno sguardo alla "generazione K", quella che vive davanti al computer e usa un alfabeto speciale negli sms, quella che coi genitori è in un modo e lontano da loro è tutt'altro. Una sorta di Dr. Jeckyll e Mr. Hide collettivo, una favola cattiva interpretata dal figlio di Blasco, Davide.

Più ambizioso il progetto di Claudio Baglioni. Esce a febbraio il film *Questo piccolo grande amore*, con gli sconosciuti Emanuele Bosi e Mary Petruolo. Il cantautore partecipa alla sceneggiatura e fa da colonna sonora narrante: "Canto i brani dell'album che uscì nel '72 e fu il primo, forse unico, concept album italiano", dice. Ogni canzone è una tappa nella vita di Andrea e Giulia, alle prese col primo amore, ma anche con l'Italia che cambiava pelle: "Nei primi anni '70 successe una magia: i ragazzi sognavano tutti insieme lo stesso sogno".

Siamo dunque lontanissimi dai musicarelli di buona memoria. E per sottolinearlo, Claudio Baglioni si fa in quattro: oltre al film, scrive un romanzo, inventa un concept concert e rinnova il disco del '72. Quattro piccoli grandi amori. •



Una cornetta per trovare l'identità

di Piero Bottali

Nessuno, che si sappia, ha mai notate le molte analogie fra Bix Beiderbecke e il giovane Elvis Presley. Entrambi potenti innovatori, e forse genii, della musica, fuori di questo ambito furono psichicamente fragili ed ebbero enormi problemi

di identità. Entrambi morirono poco più che ragazzi ma quando musicalmente avevano già detto tutto, o quasi, quello che avevano da dire. Entrambi, appena potevano, marinavano la scuola per sgattaiolare in qualche *barrelhouse* (locale fra la bettola e il postribolo) sulle rive del Mississippi ad ascoltare blues e jazz. Infine, entrambi, pur se bianchi e nati in un ambito razzista e discriminatorio, non furono per nulla razzisti ma anzi ammirarono ed eseguirono la musica a quel tempo chiamata sprezzantemente “negra”. Qualcuno potrà obiettare che Bix (1903 - 1931) morì a soli 28 anni mentre Elvis (1935 - 1977) a 42, quando era sì giovane ma certo non più un ragazzo. Ebbene, noi apparteniamo a quella non piccola schiera di musicofili amanti del grande Presley, che ritengono il giovanotto di Tupelo esser morto musicalmente anch'esso in giovane età, diciamo

nel '59 - '60, quando appunto Elvis, da poco tornato dal servizio militare in Germania, aveva 24 - 25 anni: in quelli a venire, dal re bianco del rock and roll ascolteremo fino al 1977 solo irritanti rimasticature e stucchevoli gorgheggi (vedi *'O sole mio/It's now or never* eccetera).

Bix, dopo i fiaschi scolastici, arrivò subito alla musica: autodidatta completo (non leggerà mai bene gli spartiti) imparò la cornetta dai più famosi cornettisti che da New Orleans si spostarono a Chicago, primo fra tutti Nick La Rocca, un millantatore che, al pari di William C. Handy per il blues, si definì “inventore del jazz”. Altri maestri furono Louis Armstrong, Joe “King” Oliver e il clarinetista Leon Roppolo, mentre per il fraseggio il riferimento fu Freddie Keppard (lo si noti in *Goose pimples*). Nel 1924 creò una sua band, che utilizzando

come sigla di apertura *Wolverine blues* di Jelly Roll Morton prese il nome di *The Wolverines* (I Procloni) con la quale Bix incise brani eccellenti (come *Jazz me blues*) che gli dettero la popolarità a Chicago e a New York. Altri brani importanti li incise con Frank “Tram” Trumbauer (*Singin' the blues*) e con la Jean Goldkette Orchestra (*Sunday*). Licenziato da questa perché non sapeva leggere la musica Bix e “Tram” si aggregarono momentaneamente alla band di Adrian Rollini, a New York, per arrivare infine alla Paul Whiteman Orchestra (*San*), la più popolare e meglio pagata sulla piazza. Altri suoi brani famosi, capisaldi nella storia del jazz, sono *In a mist*, uno stupendo brano di piano solo; poi *Ol' man river*, *At the jazz band ball*, *For no reason at all in C*. •



Bix Beiderbecke (il quarto seduto da sinistra) con la Wolverine Orchestra alla Doyle's Dancing Academy nel gennaio 1924

Ascoltare con attenzione la musica delle piante

di Diana Geraldini

Un apparecchio rileva il movimento linfatico foglia-radice, registra la resistenza elettrica dei tessuti della pianta che poi viene convertita in segnali digitali, vale a dire in note musicali

Quando ero bambina la nostra casa in città aveva un bel giardino che confinava con un altro di proprietà di un'anziana contessa svizzera. La nobildonna, che viveva da sola, s'interessava personalmente dei suoi fiori con molta passione e grandi risultati. E quando si aggirava tra arbusti, tappeti fioriti e cespugli e di rose, parlottava come se avesse degli interlocutori, ma in realtà non c'era alcuno. Un giorno la contessa m'invitò a casa sua per bere una tazza di cioccolata (era svizzera!) e mi chiese se desideravo visitare il suo giardino. "Volentieri" le risposi. Conducendomi tra le sue piante la signora mi confidò: "I vicini credono che io sia un poco matta perché pensano che parli da sola. Ma non è così: la verità è che io mi rivolgo alle mie piante ed esse mi ascoltano e mi comprendono. Sembra un'assurdità, ma è proprio così. Se vedo che un arbusto, un fiore, un cespuglio stanno male, cerco di rincuorarli, giungendo fino a minacciarli se mi accorgo che non rispondono alle mie sollecitazioni.



ni. E nella maggioranza dei casi mi danno retta, rad-drizzano le foglie svenute, ricominciano a produrre fiori in abbondanza". Dopo qualche anno cambiammo casa, della contessa svizzera si perse ogni traccia e crescendo mi dimenticai delle sue parole. Tanto tempo era passato da quei giorni dell'infanzia quando un piccolo titolo, apparso di recente su di un quotidiano, mi ha fatto trasalire e tornare indietro di oltre mezzo secolo. "Voci di piante, conoscere il suono della natura" recitava il

titolo, seguito da un traffico in cui si dava appuntamento al pubblico in una cittadina dell'Umbria "per conoscere il mondo delle piante che sono in grado di rispondere alle sollecitazioni delle persone che se ne prendono cura".

Con "Voci di piante" si potrà ascoltare la linfa pulsante delle piante che delle radici raggiunge le foglie e diventa musica".

Ho voluto saperne di più e sono andata sul sito web indicato nell'articolo. E ho appreso che la tecnica più avanzata ha offerto una

sorprendente conferma ai suggestivi convincenti manifestanti tanto tempo addietro da una vecchia signora.

Ad appassionarsi al fenomeno è la signora Laura Silingardi, musicista e didatta della musica, che si avvale per i suoi esperimenti di un consulente informatico con il quale porta in giro per l'Italia e l'Europa la "Musica delle piante", proponendo contatti e interazioni con le piante stesse, con la speranza di veder crescere un maggior senso di rispetto verso il mondo vegetale. Per mezzo di un apparecchio che rileva il movimento linfatico foglia-radice, viene registrata la resistenza elettrica dei tessuti della pianta che poi sono convertiti in segnali digitali, cioè in note musicali.

Ascoltando la musica delle piante – spiega la Silingardi – si ha la netta percezione che esse interagiscano con le persone.

Ciò appare evidente nei contatti tra bambini e piante. È meraviglioso vedere come i fanciulli non trovino per niente strano il fatto che le piante possano parlare, che esse possano comunicare con noi!.

"Suonare con le piante – aggiunge la signora Laura – è una esperienza indimenticabile: la pianta collegata all'apparecchio capisce le tue intenzioni, si accorda con te e man mano che la musica fluisce avviene un interscambio di idee musicali palpabile, dove l'idea non è ancora pensiero". •

Una pianta che “segue” i raggi del sole

di Carolina Bosco Mastromarino

Noce di Cola è un tonico energetico come il caffè e il tè, di cui contiene gli stessi principi attivi. È utilissima a chi ha bisogno di un blando stimolante, agli sportivi e ai convalescenti

Cola acuminata Famiglia Sterculiaceae

Alle Sterculiaceae appartengono piante erbacee, lianose, arbustive ed arboree fra cui il Teobroma Cacao e la Noce di Cola.

Quest'ultima fino al 1830 sconosciuta agli europei, era molto apprezzata invece dalle popolazioni africane per i suoi frutti, appunto le Noci di Col.

La Cola è un albero alto 10-15 metri, il suo fusto può raggiungere 50 centimetri di diametro, ha foglie alterne ovali acuminate, coriacee, in grado di muoversi per seguire la direzione delle radiazioni solari. Le infiorescenze, disposte sui rami sono unisessuate (maschili o femminili) ed ermafrodite, la fioritura è continua e i fiori forniti di calice che racchiude gli organi della ri-



produzione mancano di corolla. I frutti di colore giallo bruno sono disposti a raggiera intorno ad un peduncolo, ogni frutto o “cabosse” contiene 5-9 semi detti Noci di Cola. Questi semi vengono masticati freschi dagli indigeni, che sopportano così lunghe ore di lavoro senza cedere alla stanchezza, al sonno, alla fame e alla sete. La Cola

acuminata è coltivata soprattutto nelle regioni a clima caldo umido dell'Africa occidentale, poiché non sopporta la luce diretta deve essere ombreggiata da altri alberi molto alti.

I frutti si raccolgono prima della completa maturazione, si aprono per estrarre i semi che vengono privati della pellicola che li avvolge; nei paesi di origi-

ne Sierra Leone, Gabon vengono usati freschi; per spedirli all'estero vengono prima essiccati al sole.

Principi attivi

I principi attivi contenuti nei frutti sono: caffeina, poca teobromina, tannini, sostanze catechiche, amido, oligo elementi.

Proprietà farmacologiche

Per quanto riguarda le proprietà farmacologiche: la Cola è soprattutto un tonico energetico come il caffè e il tè, di cui contiene gli stessi principi attivi. L'azione della caffeina contenuta nella Coca è influenzata dalla presenza delle altre sostanze che ne prolungano e ne addolciscono l'effetto rendendolo meno stimolante di quello del caffè.

L'effetto tonico nervino è superiore nella droga fresca.

La Cola è utilissima alle persone affaticate, a chi ha bisogno di un blando stimolante, agli sportivi ai convalescenti; l'uso esagerato di bevande che contengono Cola hanno come conseguenza l'aumento della frequenza cardiaca e dell'attività renale

L'industria farmaceutica utilizza estratti di cola come correttivi di sapore e di odore di prodotti medicinali sgradevoli. Le spiccate caratteristiche amaro-toniche della Cola vengono sfruttate nell'industria delle bevande dissetanti, di vini e di liquori digestivi. •

L'uso esagerato di bevande che contengono Cola comporta l'aumento della frequenza cardiaca



CHE COSA ACCADE SE NON MATURO I REQUISITI?

Caro Presidente,
mi sono laureato nel 1982 e dal 1983

in poi ho sempre svolto esclusivamente attività odontoiatrica privata. Dal 1996 ho la doppia iscrizione all'Albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Chiedo: in caso di ritiro volontario dall'attività lavorativa prima di aver maturato i requisiti di età e versamenti per la pensione che cosa succede degli importi versati in tutti gli anni di lavoro?

Ringrazio anticipatamente e porgo i miei più distinti saluti.

(Lettera firmata)

Caro Collega,

le norme regolamentari in vigore presso il Fondo di Previdenza Generale dell'Enpam prevedono, in caso di cessazione dell'attività professionale e conseguente cancellazione dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri prima del compimento del 65° anno di età, il riconoscimento del trattamento pensionistico ordinario all'iscritto che abbia maturato una anzianità contributiva pari ad almeno 15 anni.

Pertanto, qualora decidessi di non svolgere più alcuna attività in ambito medico, i contributi accreditati a tuo nome presso la "Quota A" e la "Quota B" della gestione in parola, determineranno, al compimento del 65° anno di età, l'erogazione di un trattamento pensionistico.

Per quanto riguarda la "Quota A", dove confluiscono i contributi minimi obbligatori, ti informo che ipotizzando la cancellazione dall'albo professionale di categoria entro la fine del corrente anno, l'importo della pensione è quantificabile in circa euro 170,00 lordi mensili. Qualora, di converso, decidessi di cessare l'esercizio dell'attività professionale senza revocare la tua iscrizione dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, proseguendo quindi la corresponsione dei contributi minimi obbliga-

tori fino al compimento del 65° anno di età, l'importo della rendita pensionistica sarebbe pari a circa euro 320.00 lordi mensili. Per quanto concerne, invece, la "Quota B" del Fondo in questione, ipotizzando la cessazione dello svolgimento della libera professione entro il 31/12/2008, l'importo del trattamento di quiescenza che ti verrebbe riconosciuto è quantificabile in circa euro 950,00 lordi mensili. Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione.

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

Eolo Parodi



STO PENSANDO AL RISCATTO

Caro Presidente,
mi sono laureato nel 1984 e specializzato in Odontoiatria e Protesi dentaria nel

1987. Ho sempre esercitato l'attività odontoiatrica in forma esclusiva. Sto valutando la possibilità di riscattare gli anni di laurea.

Gradirei conoscere l'eventuale importo da versare, e con quali modalità. Inoltre vorrei sapere a quale età raggiungerò i requisiti minimi per la pensione, nell'ipotesi o meno dell'eventuale suddetto ricatto, e l'ipotetico importo della pensione nell'una e nell'altra ipotesi. Ringrazio cordialmente.

(Lettera firmata)

Caro Collega, il Fondo di Previdenza Generale ("Quota A" e "Quota B"), al quale attualmente risulti iscritto, eroga esclusivamente pensioni di vecchiaia; pertanto, per poter percepire il trattamento pensionistico dovrai attendere il compimento del 65° anno di età. In particolare, la contribuzione minima obbligatoria da te versata alla "Quota A" ti darà diritto a percepire una pensione annua lorda pari a circa euro 4.000,00; mentre, a carico della "Quota B" ti verrà corri-

sposta una prestazione di circa euro 23.300,00 annui lordi. L'importo da ultimo indicato è stato determinato ipotizzando costante, fino al 65° anno di età, la contribuzione relativa all'attività libero professionale e senza tener conto di un eventuale riscatto degli anni di laurea. Qualora, invece, decidessi di attivare l'istituto in parola, il suddetto importo pensionistico verrebbe incrementato di circa euro 4.000,00 annui lordi, a fronte di un onere a tuo carico di circa euro 37.600,00, il cui versamento può essere effettuato in un'unica soluzione o in rate semestrali con la maggiorazione degli interessi legali. In seguito alla presentazione della domanda di riscatto, comunque, gli uffici competenti della Fondazione provvederanno ad inviarti una proposta con l'esatta indicazione dell'importo da versare e del conseguente incremento pensionistico di cui potrai beneficiare, determinato sulla base dei contributi accreditati alla data della domanda.

La richiesta non è in alcun modo vincolante quindi, qualora non la reputassi conveniente, non sarai tenuto ad aderirvi.

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

E. P



DECESSO PRIMA DI ANDARE IN PENSIONE

Caro Presidente,
sono un medico di medicina generale: gradirei ricevere una risposta al seguente quesito. In caso di decesso prima del collocamento in pensione per raggiunti limiti di età, non avendo familiari diretti che possano usufruire della reversibilità della pensione, spetterebbe comunque agli eredi il 15 per cento della pensione convertita in capitale o sarebbe necessario esprimere l'opzione per la liquidazione suddetta quando si è ancora in vita ed avendo già maturato i requisiti per il diritto alla pensione?

Distinti saluti.

(Lettera firmata)

Caro Collega,
in base ai Regolamenti di Previdenza dell'Ente, in caso di decesso dell'iscritto in costanza di contribuzione o già pensionato, hanno diritto alla pensione indiretta nel primo caso, o di reversibilità nel secondo, solo il coniuge ed i figli fino al raggiungimento del 21° anno di età o del ventiseiesimo se studenti. Si prescinde da tali limiti solo se, prima del decesso, risultavano a carico dell'iscritto perché inabili in modo assoluto e permanente a qualsiasi lavoro proficuo.

Qualora, invece, non esi-

stessero superstiti appartenenti alle categorie sopra elencate, avrebbero diritto alla pensione il padre e la madre dell'iscritto (a carico del medesimo) al momento del decesso, oppure, in assenza di entrambi i genitori, i fratelli e le sorelle inabili ed a carico del de cuius.

Gli altri familiari non compresi nelle citate categorie non hanno diritto al trattamento pensionistico, neanche sotto forma di capitale.

Confidando di aver soddisfatto la tua richiesta, ti saluto cordialmente.

E. P.



POSSO USUFRUIRE DELLA TOTALIZZAZIONE?

Gentile Presidente,
vorrei sapere al sessantacinquesimo anno quale potrà essere la mia presumibile pensione, poiché ho versamenti nella Quota A, nella Quota B e nel Fondo generici. Vorrei inoltre sapere, avendo svolto anche servizio ospedaliero dal '76 all'88 ed una successiva contribuzione presso l'Inps come "cococo" dal 2000 al 2007, se è possibile usufruire della totalizzazione.

(Lettera firmata)

Caro Collega,
al compimento del 65° anno di età ti verrà corrisposto il trattamento pensionistico a carico del Fondo

Generale – "Quota A" e "Quota B" (Fondo della Libera professione).

In particolare, la contribuzione minima obbligatoria da te versata alla "Quota A" ti darà diritto a percepire una pensione mensile lorda pari a circa euro 280,00; mentre, a carico della "Quota B" ti verrà corrisposta una prestazione di circa euro 370,00 mensili lordi.

L'importo da ultimo indicato è stato determinato sulla base dei contributi accreditati sul Fondo in parola (pari ad euro 27.058,83) per l'attività libero professionale da te svolta dal 1995 al 2000. Qualora proseguissi tale attività, continuando a contribuire alla "Quota B", l'importo pensionistico verrebbe, di conseguenza, incrementato.

In merito alla tua posizione contributiva presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale, risultano accreditati in tuo favore contributi previdenziali dal 1980 al 1983 per un importo complessivo pari ad euro 1.137,49.

La normativa regolamentare prevede, in caso di cessazione dell'attività prima del 65° anno di età, il diritto alla prestazione previdenziale a favore dell'iscritto che abbia comunque maturato almeno 15 anni di anzianità contributiva. Dato che tu non hai raggiunto tale requisito, all'età pensionabile ti verrà corrisposta un'indennità pari all'88% dei contributi versati sul Fondo in pa-

rola, maggiorati degli interessi semplici al tasso annuo del 4,50%.

Con riferimento, infine, alla totalizzazione c'è la possibilità di attivare tale istituto. La vigente 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 tre anni, per maturare il diritto ad un trattamento previdenziale. 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.

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

Ti saluto cordialmente.

E. P.



UNA SERIE DI DOMANDE

Presidente,
qualche delucidazione in

merito a quanto segue: laurea nel '76; inizio contribuzione nel '77; età pensionabile (prima finestra utile); possibilità di riscatto anche singoli anni di laurea e possibilità anticipative finestra utile; costo di tale operazione (per anno); analisi prospettica ammontare rateo pensionistico; anche nella fattispecie ipotetica di liquidazione parziale in capitale; regolarità contributiva; possibile risposta per via telematica.

In attesa di un gentile riscontro alla presente anticipatamente ringrazio.

(Lettera firmata)

Caro Collega,
presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale, dove risulti iscritto dal 1977, sono stati accreditati in tuo favore contributi previdenziali per un importo complessivo pari a euro 102.291,07.

Qualora volessi anticipare l'età del pensionamento, ti ricordo che le condizioni previste dall'attuale normativa per accedere alla pensione di anzianità sono: 58 anni di età, il raggiungimento di un'anzianità contributiva di 35 anni ed il possesso da almeno 30 anni del diploma di laurea in medicina e chirurgia.

Nel tuo caso, mentre il requisito anagrafico sarà raggiunto nell'ottobre 2009, dovrai attendere gennaio 2012 per maturare i 35 anni di anzianità contributiva e, ai sensi della Legge 449/97 che prevede un

differimento nell'erogazione della pensione rispetto alla data di raggiungimento di tutti i requisiti (c.d. "finestre di uscita"), potrai godere del trattamento previdenziale dal 1° ottobre del medesimo anno.

Cessando l'attività professionale alla suddetta data, l'importo che ti verrebbe erogato a carico del Fondo in parola sarebbe pari a circa euro 1.400,00 mensili lordi. Nel caso optassi per il trattamento misto, convertendo in indennità di capitale una quota pari, nel massimo, al 15% della pensione maturata, avresti diritto ad una pensione mensile lorda pari a circa euro 1.200,00 e ad una indennità di circa euro 35.400,00 lordi.

Il riscatto degli anni di laurea ti permetterebbe di anticipare ulteriormente la decorrenza della pensione. In particolare, riscattando due anni e due mesi, potresti maturare tutti i requisiti richiesti dalla normativa sopra citata alla data di compimento del 58° anno di età e, tenuto conto delle citate finestre di uscita, avresti diritto al trattamento pensionistico dal 1° luglio 2010.

Il costo di tale operazione, ipotizzando la presentazione della domanda nel corrente anno, sarebbe pari a circa euro 11.200,00, il cui versamento può essere effettuato in un'unica soluzione o in rate semestrali con la maggiorazione de-

gli interessi legali.

Ti ricordo, comunque, che i contributi versati a titolo di riscatto sono interamente deducibili dall'imponibile Irpef, ai sensi del Decreto Legislativo 18 febbraio 2000 n. 47.

Ti faccio presente, tuttavia, che l'importo della pensione di anzianità viene ridotto in base ad un'aliquota riferita all'età del pensionamento. Pertanto, cessando l'attività professionale nel luglio 2010, l'importo della prestazione risulterà inferiore rispetto all'ipotesi sopra prospettata.

In tal caso, infatti, la pensione mensile sarebbe pari a circa euro 1.300,00 lordi. Mentre, optando per il trattamento misto avresti diritto ad una pensione mensile lorda di circa euro 1.100,00 e ad una indennità di circa euro 35.100,00 lordi.

In merito, infine, all'attuale posizione contributiva presso il Fondo della Libera professione – "Quota B" del Fondo Generale, che da un controllo effettuato dagli uffici competenti della Fondazione, è emersa la irregolarità dei versamenti da te effettuati presso tale Fondo. In particolare negli anni 2002 – 2003 – 2004 risulta pervenuta all'Ente la dichiarazione dei redditi (Modello D), ma non sono stati effettuati i relativi versamenti contributivi. È necessario, pertanto, che tu provveda al più presto ad inviare all'Ente una richiesta di regolariz-

zazione della posizione, a seguito della quale ti sarà trasmessa una nota informativa relativa alle modalità di pagamento ed all'importo dovuto sia a titolo di contributi evasi che di sanzioni per il mancato versamento nei termini. Ti saluto cordialmente.

E. P



HO RISCATTATO LAUREA E SPECIALITÀ

Illustre Presidente,
laureato nel '72 ho ricevuto una Borsa di studio dal '72 al '75. Nel '75 sono stato assunto come dirigente medico di I livello e, da allora, come dipendente ospedaliero, ho pagato il minimo contributivo Enpam fino a quando, nel 2006, avendo riscattato gli anni di laurea e specialità, sono andato in pensione a 59 anni con 40 anni di contributi. Ora lavoro solo privatamente nel mio studio. Quando potrò ricevere la pensione e a quanto potrà ammontare?

(Lettera firmata)

Caro Collega,
il Fondo di Previdenza Generale ("Quota A" e "Quota B"), al quale attualmente risulti iscritto, eroga esclusivamente pensioni di vecchiaia; pertanto, per poter percepire il trattamento pensionistico dovrai attendere il compimento del 65° an-

no di età. In particolare, la contribuzione minima obbligatoria da te versata alla "Quota A" ti darà diritto a percepire una pensione annua lorda pari a circa euro 2.000,00; mentre, a carico della "Quota B" Ti verrà corrisposta una prestazione di circa euro 1.300,00 annui lordi.

L'importo da ultimo indicato è stato determinato ipotizzando costante (fino al 65° anno di età) la contribuzione relativa all'attività libero professionale e tenuto conto dell'aliquota ridotta del 2% in base alla quale vengono da te effettuati i versamenti.

Se decidessi di optare per la contribuzione intera, pari al 12,50% del reddito professionale prodotto nell'anno precedente, il suddetto importo pensionistico verrebbe decisamente incrementato. Ti ricordo, comunque, che tale scelta è irrevocabile. Con viva cordialità.

E. P.



MI CONVIENE RISCATTARE LA LAUREA?

Chiarissimo Presidente,
dal marzo di quest'anno sono dipendente in un'Asl, essendo ivi transitato dopo quasi dieci anni di convenzione nel Servizio emergenza territoriale 118 nella medesima Azienda (con contratto a tempo indeterminato dal giugno

'98). Prima di allora poco altro: laureato nel '94, abilitato nello stesso anno e iscritto all'ordine l'anno successivo, anno da cui, e per i successivi tre, feci guardie notturne e festive presso case di cura private, corrispondendo puntualmente i dovuti contributi alla Fondazione. Non ho riscattato la laurea. Nel passaggio alla dipendenza ho certamente mantenuto, come consentito dal recente dispositivo legislativo, l'Enpam come Ente di previdenza. Essendo nato nel '61 chiedo quando potrei-dovrei andare in pensione, quale sarebbe l'importo e se mi converrebbe riscattare la laurea.

Cordiali saluti.

(Lettera firmata)

Caro Collega,
da un'analisi della tua posizione contributiva si evince che potrai accedere al trattamento pensionistico a carico del Fondo dei Medici di Medicina Generale al compimento del 65° anno di età.

Non ti sarà possibile, invece, anticipare l'età del pensionamento in quanto il requisito contributivo richiesto dalla legge per accedere alla pensione di anzianità (pari a 35 anni), verrà da te raggiunto in epoca successiva al 65° anno, anche considerando un eventuale riscatto.

L'istituto del riscatto, comunque, potrebbe incrementare l'importo pensionistico cui avrai diritto. Qualora fossi interessa-

to, dovrai presentare apposita richiesta all'Ente, a seguito della quale gli uffici competenti ti invieranno una comunicazione con l'indicazione dell'esatto ammontare dell'onere a tuo carico e del conseguente incremento di pensione, determinato alla data della domanda. In merito alla tua richiesta inerente un'ipotesi previdenziale, ti faccio presente che, al momento, non è possibile effettuare una puntuale proiezione pensionistica, considerato che, essendo transitato alla dipendenza solo da qualche mese, in archivio non risultano ancora memorizzati i contributi relativi alla nuova attività, necessari per calcolare la base pensionistica. Ti consiglio, pertanto, di inoltrare nuovamente la richiesta di ipotesi quando la tua posizione contributiva sarà più certa.

Per completezza di informazioni, ti faccio presente che al compimento del 65° anno di età, ti verrà corrisposto – dietro presentazione di apposita domanda – anche il trattamento pensionistico da parte del Fondo Generale – "Quota A" e "Quota B" (Fondo della Libera professione). In particolare, presso quest'ultima gestione risultano versati contributi relativi agli anni 1995/1998 per un importo complessivo pari ad euro 5.491,87.

Ti saluto cordialmente.

E. P.

"Italia 2009" capitale del francobollo

A Roma il festival internazionale che coinvolgerà operatori specializzati ed anche amministrazioni postali di Paesi extraeuropei caratterizzati da una forte comunità di immigrati italiani

di Gian Piero Ventura

Si è appena conclusa Romafil 2008, importante manifestazione filatelica.

Molti gli eventi interessanti accaduti, come l'allestimento di diverse mostre filateliche di prestigio, con 134 collezioni; la realizzazione dell'angolo giovani, dedicato ai ragazzi e alle scolaresche in visita e lo svolgimento del concorso con in palio autentiche rarità come il Gronchi Rosa, e numerosi altri premi.

Inoltre il programma ha visto l'emissione di tre francobolli, uno celebrativo della Giornata della filatelia e due dedicati al Festival internazionale della filatelia "Italia 2009" di cui quello con valore di euro 2,80 è stampato su carta dorata, per la prima volta nella Penisola.

Proprio questi ultimi due sono stati l'occasione per presentare, al nutrito mon-



do di appassionati e collezionisti, un evento atteso e che si annuncia di assoluto interesse e rilevanza: il Festival internazionale della filatelia "Italia 2009" in programma a Roma dal 21 al 25 ottobre 2009 presso il Palazzo dei Congressi dell'Eur. Una sede prestigiosa, costruita nel 1938 in previsione dell'Esposizione Universale di Roma del 1942, poi sfumata per lo scoppio della II Guerra mondiale, ma oggi destinata ad accogliere, tra gli altri, un altro evento di forte impatto culturale.

Al Festival parteciperanno rappresentanti di Organismi internazionali e filatelisti provenienti da paesi europei e del bacino del Mediterraneo, Sud Africa, Australia, Canada, Stati Uniti d'America e dall'Argentina cioè paesi extraeuropei particolarmente vici-

ni all'Italia per le forti comunità di immigrati italiani e di loro discendenti.

L'esposizione si articolerà nelle classi di competizione di aerofilatelia, filatelia tematica, filatelia tradizionale, maximafilia, storia postale e letteratura filatelica. Si terrà inoltre un grande incontro commerciale, con la partecipazione di qualificati operatori filatelici delle diverse parti del mondo, nonché di molte amministrazioni postali. Il programma sarà completato da una ricca serie di eventi culturali e promozionali.

L'organizzazione è di Po-



ste italiane con la Federazione fra le società filateliche italiane (Fsfi) e l'Associazione filatelisti italiani professionisti (Afip), con la collaborazione dell'Unione stampa filatelica italiana (Usfi). Non manca il patrocinio della Federazione europea delle associazioni filateliche (Fepa) e il supporto della Federazione internazionale di filatelia (Fip). Marisa Giannini, responsabile dell'Unità filatelia di Poste italiane e presidente del comitato organizzatore "Italia 2009", ha ribadito il valore sociale dell'evento: "Il Festival promuove la filatelia in paesi con una rilevante presenza di nostri connazionali, siamo certi che proprio da loro giungeranno le migliori collezioni da ammirare nelle diverse classi di concorso". La kermesse si annuncia infatti come un appuntamento capace di attrarre un pubblico sia di addetti ai lavori che di curiosi.

La filatelia è infatti una passione che coinvolge e unisce intere generazioni. I cosiddetti "limiti di età" costituiscono una ricchezza da custodire gelosamente e, d'altro canto, non si è mai troppo giovani per iniziare! •



a cura
dell'avv. Pasquale Dui (*)

In questi ultimi anni gli sviluppi della medicina hanno consentito di allungare la vita media delle persone e l'aspettativa di vita dei cosiddetti "malati terminali"; ciò ha posto problemi etici e giuridici, nonché morali e religiosi, di non facile soluzione.

Il prolungare la fase terminale della vita di un malato molto grave, il garantire un futuro anche a soggetti non più in grado di prendersi cura di se stessi, ha fatto sorgere delicati interrogativi in merito alla compatibilità di questi trattamenti terapeutici d'avanzata

guardia con la dignità che ad ogni individuo va riconosciuta, indipendentemente dal suo stato di salute.

In particolare, ciò che più spesso tormenta le coscienze e la ragione dei medici ruota attorno al valore da attribuire alla volontà del soggetto malato circa il trattamento terapeutico ed assistenziale da praticare, specialmente quando il soggetto non è più capace di intendere e di volere.

Questo dibattito culturale fa da sfondo ad una delle più controverse questioni relative alla morte ed alla malattia, ovvero quelle relative alle "direttive anticipate" e, fra queste, "il testamento biologico".

Per "direttiva anticipata" si intende quella dichiarazione fatta al proprio me-

dico per indicare il tipo di cura che si vorrebbe avere qualora non si fosse più in grado di assumere decisioni in merito alla propria salute per il sopravvenire di uno stato di incapacità, destinata ad avere effetto al manifestarsi di detta incapacità.

Fra le "direttive anticipate", quella che suscita maggiore interesse, ed allo stesso tempo maggiori difficoltà di organizzazione sistematica, è il "testamento biologico", intendendosi con tale termine la dichiarazione fatta da una persona nel pieno possesso delle sue facoltà mentali, in cui si specificano le condizioni cui dovrà essere trattata nel caso in cui si venisse a trovare affetta da una malattia terminale.

Il testamento biologico generalmente consta di due parti: "una direttiva di delega" ed una "direttiva di istruzioni"; nella prima parte è indicata la persona che dovrà prendere le decisioni al posto del delegante quando questi non sia più in grado di farlo, mentre la seconda riguarda le scelte da fare per tutelare la salute e la cura del delegante. Limite invalicabile

per il potere decisionale di ogni testamento rimane il principio di indisponibilità della vita.

La persona che redige il "testamento" potrebbe astrattamente definire modalità di assistenza e limiti al ricorso a trattamenti straordinari che, in piena lucidità di mente e di valutazioni, ritenesse contrari al suo maggior interesse, potrebbe dichiararsi contraria a forme di "accanimento terapeutico", potrebbe domandare l'utilizzo di sostanze analgesiche capaci di eliminare sofferenze divenute insopportabili.

L'unica cosa che allo stato attuale non potrebbe mai chiedere - nel nostro ordinamento - sarebbe il ricorso a forme di eutanasia attiva, cioè ad interventi o trattamenti deliberatamente programmati per abbreviare la vita o per sopprimerla.

È bene comunque precisare che in Italia non c'è, a tutt'oggi, alcuna normativa, seppur auspicata dai più, sulle direttive anticipate o sul testamento biologico. •

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



MEDICI AI VERTICI DI DUE ATENEI ROMANI

Due medici al vertice di due università romane. Il prof. Luigi Frati e il prof. Renato Lauro sono stati eletti rispettivamente Rettore Magnifico de "La Sapienza" e di "Tor Vergata". Ambedue erano presidi delle Facoltà di Medicina dei due Atenei. Le più sincere e ben auguranti congratulazioni da parte del Presidente, dei vice Presidenti e di tutto il Consiglio di amministrazione dell'Enpam.

IL "MARIO BONI" A MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

La Fimmg, Sindacato medici di famiglia, ha assegnato, nel corso del Congresso nazionale svoltosi a Villa Simius (Cagliari), il premio intitolato a "Mario Boni" all'organizzazione "Medici con l'Africa Cuamm", una ong nata nel 1950 per fare medicina nel Terzo mondo. Il premio, di tremila euro, testimonia la memoria e la riconoscenza dei medici italiani a Mario Boni, indimenticato segretario della Fimmg e vice presidente Enpam.

ORGANI COLLEGIALI

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Prof. Eolo PARODI (Presidente)
Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)
Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)
CONSIGLIERI: Dr. Alberto OLIVETI · Dr. Giuseppe GRECO
Dr. Nunzio ROMEO · Dr. Arcangelo LACAGNINA · Prof. Marco PERELLI ERCOLINI · Dr. Gerardo D'URZO · Dr. Eliano MARIOTTI
Dr. Gian Mario SANTAMARIA · Dr. Bruno DI LASCIO
Dr. Francesco LOSURDO · Prof. Aurelio GRASSO · Dr. Giuseppe DEL BARONE · Dr. Benito MELEDANDRI · Dr. Paolo ORIANA
Dr. Antonio SILI SCAVALLI · Dr. Mario CARLETTI
Dr. Giovanni DE SIMONE · Prof. Maurizio DALLOCCHIO
Geom. Carlo SFRISI · Dr. Luigi PEPE · Dr. Alfonso CELENZA
Prof. Salvatore SCIACCHITANO · Dr. Giuseppe GUARNIERI.

COMITATO ESECUTIVO

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

COLLEGIO SINDACALE

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

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

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

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola 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 X - N. 9
DEL 24/10/2008
Di questo numero sono
state tirate 431.370 copie**

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

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

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

Modello D e bollettini MAV “Quota B’

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

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

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

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

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

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

Perdita dei requisiti per essere ammesso alla contribuzione ridotta - L’iscritto che ha perso i requisiti per essere ammesso alla contribuzione ridotta, doveva darne comunicazione entro il 31 luglio all’Enpam, tramite il modello D 2008 redditi 2007, indicando la data in cui sono venute meno le condizioni di accesso. Coloro che non hanno comunicato la perdita dei requisiti entro il 31 luglio, devono informare il Servizio Contributi, via Torino 38, 00184 Roma, anche tramite fax al numero 06.48.294.922.

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

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

Pagamento “Quota A” 2008

Il 30 novembre scade il termine per il pagamento della quarta rata del contributo obbligatorio “Quota A”.

Doppio pagamento - Nel caso di pagamento, effettuato per errore, dell’intero importo del contributo dovuto e anche del bollettino RAV relativo ad una rata, contattare l’Agente della riscossione Equitalia Esatri S.p.A. - Ufficio Protocollo Valori al numero 02.64.166.497, ovvero, inoltrare richiesta scritta al numero di fax 02.64.166. 326.

Pagamento fuori termine: In caso di ricevimento di una cartella relativa agli anni precedenti del contributo obbligatorio “Quota A” versato fuori termine, per chiederne l’annullamento, è necessario trasmettere alla Fondazione Enpam, Servizio Contributi, al numero di fax 06.48.294.696, copia della cartella, copia della ricevuta o delle ricevute, copia di un documento d’identità in corso di validità.

Pensione ENPAM: mancato accredito

I pensionati che non hanno ricevuto una o più mensilità di pensione, devono darne comunicazione alla Fondazione Enpam, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, anche tramite fax al n° 06.48.294.648.

