

IL GIORNALE DELLA

Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

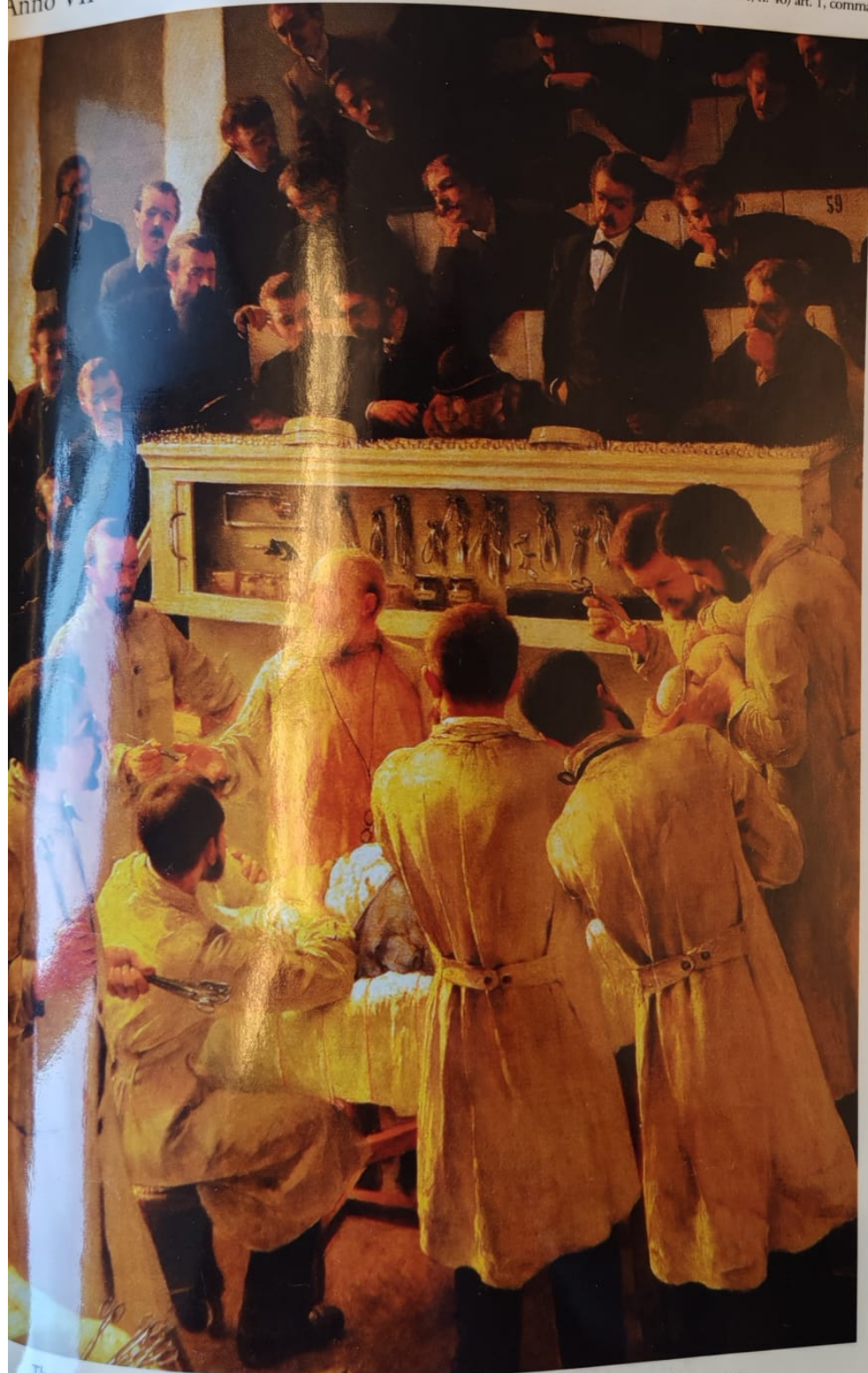
Anno VII - n° 10-2005

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

Fondato da Eolo Parodi

ENPAM

www.enpam.it



**NOSTRA INIZIATIVA
TUTTI INSIEME
CONTRO
IL RUMORE**

p. **6**

**MEDICI SENZA ETÀ
LAVORARE STANCA
MA RENDE
FELICI**

p. **14**

**VACCINAZIONI
RISCHIO
PANDEMIA
AVIARIA**

p. **18**

**ATTUALITÀ
SANITÀ
FRANCESE
E TERRORISMO**

p. **34**

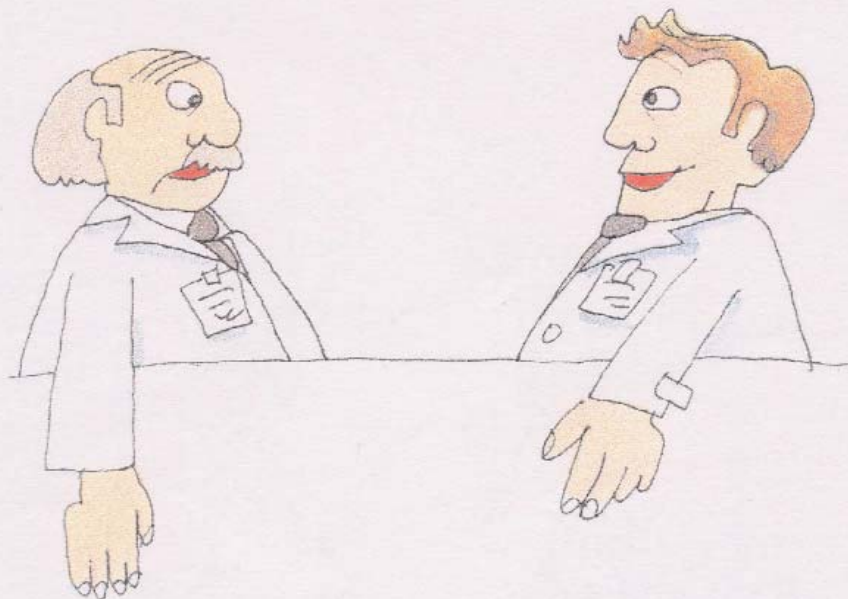
Theodor Billroth, al centro, grande chirurgo ritratto da Adelbert Seligmann

L'INDISCRETO

DAI SONDAGGI EMERGE CHE IL MEDICO E'
UNA DELLE PROFESSIONI PIU' STRESSANTI

Passo due ore
al giorno nel traffico,
ho poco tempo per
mangiare, e pesanti
responsabilità
in ospedale...

Com'è breve
il passo
da medico...
a paziente.



P. Benin

< Pubblicità >

Numero 10/2005

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

Se ci vuoi leggere su Internet
clicca su

www.enpam.it

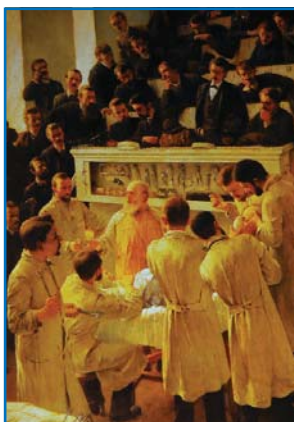
in questo numero

- 5** L'editoriale: "Preoccupazione"
- 6-10** Tutti insieme contro il RUMORE
- 12-13** Ex convenzionati transitati
- 14-15** Medici senza età
- 16-17** Come cambia la guerra al tumore
- 18-19** Rischio pandemia aviaria
- 20-21** In-Ricerca
- 22** Biblioteca dell'Inail su Internet
- 24** Tutela della paternità
- 26-27** Sanità militare
- 28-29** Storie di medici
- 30** A Duno un tempio per i medici scomparsi
- 32-33** I Nobel Crick e Watson e il DNA
- 34-35** Sanità francese e terrorismo
- 38** Letteratura Scientifica
- 43** Il nostro giornale su Internet
- 44-45** Le recensioni
- 46** Vita degli Ordini
- 47-56** Congressi, convegni, corsi
- 57** Attualità
- 60** Il medico dello sport
- 62** Boom economico in Cina
- 63** Bernanke dopo Greenspan alla Fed
- 64-65** Medicina: la Scuola di Salerno
- 66** Mostre ed esposizioni in Italia
- 68-69** Viaggi: l'Islanda
- 70** Cinema e valori della vita
- 71** La riscossa della chanson
- 72** Le erbe
- 73** I fiori
- 74** Accadde a... Dicembre
- 75** In editoria: Caino e Abele
- 76-77** Lettere al Presidente
- 78** L'Avvocato
- 79** Spulciando qua e là
- 80** Un altro medico vittima della violenza

SOMMARIO



*La redazione
augura
a tutti i lettori
Buon Natale
e Felice
Anno Nuovo.
Il primo numero
del 2006 uscirà
alla fine del mese
di gennaio*



In copertina una lezione del grande chirurgo Christian Albert Theodor BILLROTH. BILLROTH nacque a Bergen, cittadina dell'isola di Rügen, la più grande della Germania, il 26 aprile del 1829 (mori ad Abbazia il 6 febbraio 1894). Laureato a Berlino (1852), libero docente nel 1856, fu professore di chirurgia a Zurigo e a Vienna. BILLROTH è considerato uno dei pionieri della chirurgia viscerale, operatore di grandissimo stile. Nel 1872 eseguì la prima resezione dell'esofago; nel 1873 la laringectomia totale; nel 1881 la resezione del piloro, un intervento che eseguì su una donna (Theresa Heller) affetta da tumore. La paziente morì dopo pochi giorni a causa delle numerose metastasi già presenti. BILLROTH si occupò anche di problemi di batteriologia attinenti la chirurgia. Scrisse un manuale di patologia chirurgica che ebbe 16 edizioni in Germania e fu tradotto in tutte le lingue (in italiano da Antonelli, Napoli 1887) e, inoltre, pubblicò un grande trattato di chirurgia (Stoccarda 1865-1886). Difficile e complesso ricordare i suoi grandi meriti. Sembra doveroso, comunque, sottolineare che insieme al prof. Luecke e ad altri studiosi, fondò la grande collezione di monografie chirurgiche intitolata "Deutsche Chirurgie".

< Pubblicità >

*di Eolo Parodi*

PREOCCUPAZIONE

Da un po' di tempo ci giungono da Ordini, associazioni e sindacati, in poche parole dall'universo medico della professione, notizie, denunce, spesso illazioni, sulla possibilità, o sulla certezza, che mentre la maggior parte dei medici italiani paga regolarmente i contributi in maniera giusta e al momento giusto, ci sono sacche di sprovveduti che rischiano, senza averne benefici, di incorrere in sanzioni penali con tutto quello che possono comportare.

Il difetto principale sta nella mancanza di una precisa anagrafe medica, sia a livello federativo, sia a livello ministeriale, ordinistico, sindacale e assicurativo.

Ciò provoca malumore. Abbiamo intenzione di eseguire controlli incrociati. Perciò, devo dire a tutti di fare molta attenzione perché, prima o poi, conosceremo la verità: o dalle agenzie di finanza, o dall'Inpdap e dai ministeri o dalla nostra stessa previdenza.

Secondo me, il gioco non vale la candela. Invito perciò questi colleghi a riflettere: chi evade i contributi deve mettersi in regola in brevissimo tempo.

Sono molto preoccupato. Mi auguro che ognuno faccia il suo dovere. Lo dobbiamo alle centinaia di migliaia di medici e odontoiatri che si comportano in maniera eccezionale meritando il rispetto di tutti. Anche la loro onestà, purtroppo, viene messa in predicato da questi comportamenti negativi.

Proprio per oscurare le cose che ho dovuto dirvi, voglio concludere con una nota di grande ottimismo: desidero perciò inviare per le prossime festività un augurio a voi tutti, alle vostre famiglie e, in particolare, ai colleghi malati ed a quelli che vivono in solitudine. Un sincero abbraccio.

COMBATTIAMO, UNITI, CONTRO L'INQUINAMENTO ACUSTICO

di Giuliano Crisalli



Abbiamo, nell'arco di un mese, ricevuto numerose telefonate, lettere ed e.mail su un tema importante che andrebbe finalmente dibattuto: il RUMORE. Gli interlocutori erano (sono) medici e odontoiatri, ma anche non medici, cittadini cioè, che leggono il nostro giornale nelle sale d'aspetto degli studi e delle cliniche. La richiesta di prendere posizione ci ha dapprima sorpreso, poi ci siamo convinti ad intervenire decidendo di affrontare e rilanciare questo problema, anche grazie alle oltre quattrocentomila copie a numero di questo giornale che l'Enpam spedisce in ogni angolo d'Italia:

Le interviste
sono di
Carlo Ciocci

Tutti in campo co

Parla DARIO MARCOTULLIO, professore associato del Dipartimento Giorgio Ferreri di Otorinolaringoiatria, Audiologia e Foniatria all'Università "La Sapienza" di Roma

Le ipoacusie derivanti da un'esposizione prolungata al rumore rappresentano una percentuale cospicua tra tutte le sordità. Il racconto dei pazienti e le prove audiometriche.

Professor Marcotullio, i medici nel corso di appuntamenti scientifici e nel quotidiano "passaparola" hanno lanciato un allarme: il rumore può rappresentare la causa di malattie. Conferma?

Il rumore può rappresentare indubbiamente la causa di molte malattie, soprattutto a livello uditivo. Malattie che, purtroppo, ai giorni d'oggi colpiscono un numero sempre più alto di persone e sono in grado di causare danni al livello dell'orecchio interno. Quando una patologia colpisce le altre due componenti del nostro orecchio (esterno e medio), con conseguente ipoacusia, si

è quasi sempre in grado di restituire, parzialmente o totalmente, l'udito. Quando, invece, uno stato patologico interessa l'orecchio interno, vale a dire la componente più nobile del nostro apparato uditivo e dove risiedono le cellule acustiche, la sordità che ne deriva è quasi sempre irreversibile: il rumore intenso danneggia questa porzione di orecchio. Di qui, come si può ben immaginare, la gravità del problema: quando si raggiunge un deficit uditivo severo l'unico rimedio, attualmente, è la protesizzazione acustica. Per il futuro la ricerca scientifica sembra in grado di prospettare alternative diverse.



Il prof. Dario Marcotullio

Ma di quale rumore parliamo? Di quello che producono i motori delle auto o i clacson che suonano? O dobbiamo far riferimento, per parlare di inquinamento acustico, a particolari rumori?

Va fatta una distinzione fondamentale. Da una parte i rumori "del

USTICO, NEMICO IMPLACABILE MA NON INVINCIBILE

dal paesino sperduto tra i monti, alle grandi città; per intenderci, laddove c'è un medico, la sua famiglia, oppure una collega o un collega pensionati o vedove e vedovi di medici che, grazie al nostro giornale (sono loro testimonianze), si sentono sempre protagonisti di quel mondo previdenziale sì, ma anche intellettuale, cui hanno partecipato in un recente passato con vivacità, intelligenza e cultura non solo scientifica.

E allora RUMORE sia. Abbiamo chiesto l'illuminato parere a due illustri otorinolaringoiatri. Come si potrà leggere, hanno messo a fuoco il tema e ne hanno spiegato i risvolti medici. A noi spetta il compito di registrare e diffondere le loro dia-

gnosi preoccupate non prima d'aver consultato il vocabolario dove, alla voce RUMORE si legge: leggero, lieve, acuto, cupo, profondo, secco, sordo, continuo, incessante, ininterrotto, assordante, forte, fragoroso, rimbombante, fastidioso, insopportabile, intollerabile, molesto.

C'è, è vero, una buona legge ma pochi la rispettano: sirene di ambulanze, polizia e vigili del fuoco, aerei che sfrecciano nel cielo, dacson e segnali di allarme, scoppio di petardi, scappamenti di moto e autocarri, perforatrici, televisioni, radio e discoteche a tutto volume, "cascate" di centina-

segue a pag. 9

ntro il RUMORE

Parla il prof. VITTORIO PIERRO, otorinolaringoiatra, già Primario presso l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma che affronta decisamente il tema della prevenzione

I bambini, almeno nella prima infanzia, difficilmente adottano strategie comportamentali volte a evitare le fonti di inquinamento. In sostanza i bambini appaiono indifesi.

L'inquinamento acustico colpisce i bambini?

Livelli di rumore ambientale intorno a 75 dB producono una condizione di stress psico-fisico proporzionale all'intensità dei suoni, che si può manifestare sia in forma comportamentale - irritabilità, insonnia, ecc. - sia in forma di disturbi cardiovascolari - aritmie, ipertensione arteriosa, ecc. -, ma che difficilmente provocano danni uditivi.

L'esposizione a livelli sonori di 80-85 dB per 8 ore al giorno è già in grado di produrre, oltre agli effetti descritti, un danno uditivo permanente di gravità proporzio-

nale alla durata dell'esposizione ed alla intensità del rumore.

Ciò è valido in qualunque fascia d'età, con l'aggravante che i bambini, almeno nella prima infanzia, molto difficilmente adottano strategie comportamentali volte ad evitare la fonte di inquinamento acustico, sia per facile adattabilità che per vera e propria incapacità di compiere azioni finalizzate complesse.

In sostanza il bambino nella prima infanzia appare indifeso nei confronti sia dell'inquinamento acustico ambientale di fondo che dei rumori impulsivi di forte intensità ed è responsabilità degli



Il prof. Vittorio Pierro

adulti proteggerli dai danni che ne possono derivare.

Per quanto riguarda i giovani, uno studio condotto in Georgia (USA) tra il 1988 ed il 1994 ha rilevato che il 12,5% di un campione di 5249 soggetti in età compresa fra i 6 ed i 19 anni presentava un danno uditivo da rumore.

segue a pag. 10

Tutti in campo co

segue da pag. 6

Parla il professor Dario Marcotullio

quotidiano" come quelli derivanti dal traffico, soprattutto nei grandi centri urbani. Dall'altra ci sono i rumori prodotti in determinati ambienti lavorativi come le fabbriche. Si immagini le catene di montaggio o, esempio da letteratura, l'operaio che usa il martello pneumatico. Per fortuna, relativamente a queste specifiche situazioni, esiste una norma dello Stato, il decreto legislativo 626 del 1994 (*Attuazione delle direttive riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro*), che prevede regole di prevenzione che obbligano i datori di lavoro, tra le altre cose, ad imporre in alcuni casi l'uso di strumenti di protezione come le cuffie. È evidente che si tratta di una legge molto valida che, però, spesso non viene applicata correttamente. In entrambi i casi, sia che ci si riferisca a rumori che abbiamo definito "quotidiani", sia che ci si riferisca a rumori particolarmente assordanti, la conclusione è che in entrambi i casi si possono generare patologie uditive.

A parte i rumori che, per così dire, dobbiamo subire, ne esistono altri che dipendono invece dai singoli stili di vita che ognuno di noi sceglie?

Sicuramente. Basti pensare ai cacciatori o a quanti si diletano al tiro al piattello. Un capitolo a parte, poi, è quello dei giovani che si recano nel tempo libero in discoteca dove l'udito viene messo a dura prova. In questi frangenti si possono verificare traumi acustici, inizialmente nella classica frequenza di 4mila hertz, con poca o nulla sintomatologia, poi con esposizione sempre

più prolungata al rumore, se vengono interessate anche le cosiddette frequenze di conversazione (500 – 1000 – 2000 hz) ne deriva una compromissione soggettiva dell'udito. Il trauma acustico a 4mila hz, magari accompagnato da un fastidioso acufene ma senza ipoacusia, rappresenta, quindi, un campanello d'allarme. Se invece, nel tempo, le frequenze colpite sono anche quelle precedentemente dette la perdita di udito che ne deriva è irreversibile.

Qual è la diffusione delle malattie dell'udito conseguenza del rumore?

Le ipoacusie derivanti da una esposizione prolungata al rumore rappresentano una percentuale cospicua tra tutte le sordità. Infatti, sono tantissimi i pazienti che pervengono nei nostri ambulatori accusando sordità e che dopo un'accurata anamnesi riferiscono una esposizione prolungata, magari per anni, a rumori eccessivi. Ciò trova conferma, poi, nelle prove audiometriche a cui vengono sottoposti. Per quanto concerne, in particolare, le persone che lavorano in ambienti a rischio, dall'applicazione della legge 626, la percentuale di danni da rumore è discretamente diminuita. Contemporaneamente, i giovani affetti da problematiche uditive sono costantemente in aumento non solo per le frequentazioni assidue in discoteca, ma anche per l'uso smodato dei walkman o dello stereo ascoltato in macchina a forte intensità. La musica non danneggia l'apparato uditivo: è il volume troppo elevato che genera problemi.

A fronte di questi problemi riu-



scite a fare campagne di prevenzione in grado di sensibilizzare la popolazione?

Nel Dipartimento "G. Ferreri" diretto dal professor Marco De Vincenzi, afferisce un centro di audiologia all'avanguardia gestito dal professor Giancarlo Cianfrone. Presso tale centro, tra l'altro, studiamo tutte le problematiche inerenti il danno da rumore. Svolgiamo, inoltre, screening e campagne di prevenzione nelle scuole e nelle fabbriche per valutare le cause, il tipo ed il grado dei vari deficit uditivi. Il problema è tale che nei grandi Comuni italiani, Roma in particolare, sono periodicamente installate delle centraline che registrano l'intensità del rumore prodotto dal traffico urbano. Molto spesso i dati osservati hanno confermato un'intensità, in decibel, decisamente superiore alla soglia di sopportabilità dal nostro udito. Va anche ricordato che per incorrere in affezioni uditive non è necessaria l'esposizione prolungata ai rumori, ma a volte è sufficiente un solo episodio: classico caso è quello dei botti che per tradizione vengono prodotti per festeggiare l'ultimo giorno dell'anno. La terapia migliore per proteggere il nostro udito resta sempre la prevenzione. ■

ntro il RUMORE



**Combattiamo, uniti,
contro l'inquinamento acustico:
un nemico implacabile
ma non invincibile**

segue da pag. 7

ia e centinaia di bottiglie su cassoni metallici di camioncini, grazie alla raccolta differenziata. Il tutto nelle ore più svariate. La gente impreca, protesta e, come affermano con perentorietà gli specialisti, purtroppo si ammala. Ci auguriamo perciò di ottenere l'impegno professionale di tutti i medici e odontoiatri, non soltanto di coloro che ci hanno scritto e telefonato. È una battaglia che richiede unità di intenti e di azione. Insieme, allora, certi che l'inquinamento acustico c'è, è pericoloso e in crescendo. In Italia quaranta milioni di persone vivono in ambienti eccessivamente rumorosi, spesso, troppo spesso, al di sopra del livello di guardia. In Europa i "disgraziati" sono quattrocentocinquanta milioni. È o non è il caso di dire: ora un po' di SILENZIO?

G. Cris.

E.mail: giornale@enpam.it

Fax: 06.48.29.42.60 - 06.48.29.47.93

Tutti in campo contro il RUMORE

segue da pag. 7

Parla il professor Vittorio Pierro

Un altro studio nord-europeo condotto in Svezia nel 2004 ha segnalato un'incidenza di ipoacusia da rumore nel 17,1% in una popolazione di 1258 studenti in età compresa fra i 13 e 19 anni.

Pertanto il pericolo di un progressivo deterioramento della funzione uditiva fin dalla giovane età non deve essere sottovalutato in quanto i soggetti con ipoacusia giovanile da rumore sono a maggior rischio di precoce evoluzione verso la sordità grave, con tutte le implicazioni sociali ed assicurative che ne derivano.

Quali sono gli esami clinici e gli accertamenti nel neonato?

Nel neonato ed anche nella pri-

ma infanzia, mancando la collaborazione consapevole, si possono eseguire soltanto test audiometrici obiettivi - reattometria, potenziali evocati uditivi, emissioni otoacustiche - che sono in grado di rilevare soltanto l'esistenza di danni gravi, sia in termini di estensione a molte frequenze uditive sia in termini di intensità.

Gli elementi di maggiore disturbo per l'udito dei bambini?

I pericoli sono in agguato ovunque. In ambiente domestico l'esposizione diretta e prolungata ad elettrodomestici rumorosi - aspirapolvere, televisore, ecc. - in strada la passeggiata soprattutto in carrozzina o passeggino in luoghi trafficati, vicino a cantieri stradali, al parco giochi per esposizione agli spari di armi giocattolo, in metropolitana, in autobus e così via.

Quale casistica si registra?

Gli studi pubblicati in letteratura riguardano soprattutto i traumi acustici provocati dall'impiego di armi giocattolo e fuochi artificiali, ove l'incidenza di danno acustico permanente raggiunge livelli elevati (30-50%).

Come capire l'insorgenza del problema?

Dipende dall'età. Nella prima infanzia è molto difficile, in quanto il danno uditivo, se lieve, può non determinare effetti comportamentali rilevabili o specifici. Nella seconda infanzia si può sospettare se il bambino riferisce acufeni o ipoacusia. Nella pre-adoles-



scenza ed adolescenza l'unico limite può essere la tendenza del ragazzo a sottovalutare o nascondere il problema per timore di proibizioni nella vita sociale di relazione - frequenza di discoteche, feste, ecc..

Prevenzione: in che consiste?

Non esistono strategie comportamentali da manuale, ma valgono le regole del comune buon senso. Il rumore che disturba un adulto, ad esempio il volume eccessivo di

ascolto della tv o della musica, danneggia l'adulto ma soprattutto il bambino che inconsapevolmente adotta un

comportamento sbagliato. Il ragazzo che spara un colpo di pistola giocattolo vicino all'orecchio del fratellino può produrre un danno che sarà evitabile fornendo in famiglia una adeguata e persuasiva informazione sui danni da rumore.

Sarebbe auspicabile che l'argomento fosse affrontato nella maniera corretta a scuola, educando e responsabilizzando le nuove generazioni su un pericolo occulto che minaccia il loro presente ed il loro futuro di anziani candidati al rischio di sordità precoce.

Si augura, inoltre, che anche le autorità istituzionali competenti possano prendere provvedimenti adeguati di controllo al crescente inquinamento acustico. ■



< Pubblicità >

Risolta positivamente la vertenza aperta a giugno tra Inpdap ed Enpam

Tutela previdenziale Enpam per gli ex convenzionati transitati a rapporto d'impiego

L'Inpdap ha emanato una circolare che afferma definitivamente la competenza della nostra Fondazione nei riguardi di questi iscritti. Una serie di disposizioni e istruzioni

di Ernesto Del Sordo (*)

Nel numero 8 del Giornale della Previdenza avevamo già tranquillizzato i medici ex convenzionati transitati alla dipendenza che attendevano con una certa preoccupazione le decisioni dell'Inpdap sulla destinazione dei loro contributi.

Con circolare n° 47 del 17 ottobre u.s. l'Istituto previdenziale dei pubblici dipendenti, in ottemperanza alle indicazioni del ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali che aveva a suo tempo condiviso le argomentazioni espresse dall'Enpam, ha affermato la competenza della Fondazione ad assicurare la tutela previdenziale degli iscritti già convenzionati e transitati a rapporto d'impiego.

Di seguito viene pubblicato il te-

sto della circolare Inpdap a firma del Direttore Generale dell'Istituto, Dott. Luigi Marchione.

D. Lgs. n.254 del 28 luglio 2000. Instaurazione del rapporto di impiego con i medici

già addetti alle attività di guardia medica e di emergenza territoriale, con i medici della medicina dei servizi e con gli specialisti ambulatoriali.

Nuove istruzioni per applicare le norme

Varie categorie di medici interessate

e di emergenza territoriale, dai medici della medicina dei servizi e dagli specialisti ambulatoriali, che operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, i quali transitano a rapporto d'impiego con le Aziende sanitarie locali.

Detto personale, che abbia esercitato la facoltà di opzione prevista dall'articolo 6 del già citato decreto legislativo 254/2000, modificativo ed integrativo dell'articolo 8 del decreto legislativo 19

giugno 1999 n.229, ha diritto al mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Enpam.

Le amministrazioni sanitarie interessate, tenute, quindi, al versamento dei contributi inerenti il trattamento di quiescenza allo stesso Enpam esclusivamente per il personale optante, ai sensi delle richiamate disposizioni, devono procedere alle regolarizzazioni per contributi eventualmente versati a questo Istituto.

Permane, tuttavia, l'obbligo, per il medesimo personale optante, al versamento all'Inpdap della contribuzione relativa al trattamento di fine servizio o di fine rapporto (cfr. secondo le vigenti normative) e per il versamento dello 0,35 per il Fondo Credito. Per quanto attiene il trasferimento dei contributi, si forniscono le seguenti istruzioni operative.

Con la circolare n.25 del 22 giugno 2005 questo Istituto, nel rappresentare le problematiche connesse alla tutela previdenziale da riconoscere al personale sanitario riguardato dal decreto legislativo 28 luglio 2000 n.254, ha fornito indicazioni in merito al versamento dei contributi pensionistici.

In relazione a quanto precisato, sciolta la riserva esplicitata nella predetta circolare relativa all'acquisizione del parere da parte del ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e d'intesa con l'Ente Nazionale di Previdenza e di Assistenza dei Medici (Enpam), si forniscono nuove istruzioni in merito all'applicazione delle norme che disciplinano il rapporto assicurativo in questione. Si precisa che il personale sanitario di cui trattasi è costituito dai medici addetti ai servizi di guardia medica

ERRATA CORRIGE

Per un errore tipografico, l'articolo su temi previdenziali a pag. 10 del n°. 9/2005 ha riportato un titolo non esatto. Il titolo "Ricongiunzione contributiva: MEGLIO NON RIPENSARCI" è divenuto "Ricongiunzione contributiva è meglio non pensarci". Insomma, è sparito il "RI". È chiaro, comunque, che non si voleva sconsigliare l'effettuazione dell'operazione di ricongiunzione, che è quasi sempre vantaggiosa, ma soltanto invitare gli interessati A SCEGLIERE BENE I TEMPI DELLA DOMANDA, per evitare conseguenze indesiderate.

Gli adempimenti finanziari verranno curati direttamente dagli enti previdenziali interessati, con diretto trasferimento del coacervo contributivo dall'Inpdap all'Enpam a seguito delle comunicazioni del datore di lavoro come sotto specificate.

Gli Enti datori di lavoro, per ogni dipendente interessato, avranno cura di comunicare agli Uffici Provinciali Inpdap, competenti per territorio, le informazioni relative alla posizione assicurativa da trasferire (già modello 103/S), con la specifica indicazione delle retribuzioni e dei relativi contributi pensionistici versati, distinti per anno, corredati da una dichiarazione dell'avvenuto versamento contributivo.

Dovranno, inoltre, fornire le generalità complete del personale interessato al trasferimento, il codice fiscale e la data da cui deve decorrere la cancellazione della posizione pensionistica Inpdap. Una volta in possesso delle comunicazioni, gli Uffici provinciali Inpdap provvederanno a verificare che quanto dichiarato dall'Ente sia in linea con le risultanze contabili in atti.

Gli Uffici provinciali invieranno all'Ufficio III della Direzione Centrale delle Entrate - Inpdap (Fax n. 06/51018806) il totale, distinto per Ente, da rimborsare all'Enpam avendo cura di trasmettere contestualmente copia della documentazione inviata dagli Enti (retribuzione e contributi versati per gli interessati distinti per anno e dichiarazione di avvenuto versamento da parte degli interessati).

L'Ufficio III, in possesso delle comunicazioni, provvederà al trasferimento dell'intero importo, mediante separati bonifici distinti per Azienda di appartenenza dei soggetti interessati, sul c/c n. 03300 presso la Banca Popolare di Milano, agenzia n.326 di Roma, ABI 05584, CAB 03215, CIN N, a favore dell'Enpam con causale: Sanitari transitati a rapporto di impiego. ■

(*) Vice Direttore Generale Enpam

Notizie... in breve

di Marco Vestri



UNICEF PER I BAMBINI

La direttrice esecutiva dell'Unicef, Ann Veneman, durante la presentazione della campagna "Uniti per i bambini, uniti contro l'Aids", ha lanciato l'allarme: l'Aids contagia nel mondo, ogni minuto, un bambino e, sempre a causa dell'Aids, ogni minuto, purtroppo, muore un bambino. L'agenzia Onu per l'infanzia Unicef precisa inoltre che, nel 2010, ci potrebbero essere oltre 18 milioni di bambini orfani a causa dell'Aids, soprattutto nell'Africa subsahariana. La campagna presentata dalla Veneman ha, quindi, come primo obiettivo quello di porre rimedio a questa insostenibile situazione. Le zone più critiche? Africa, Europa orientale ed Asia centrale.



FARMACI GENERICI: DIMINUISCE IL CONSUMO

Secondo alcuni dati presentati dall'Aifa nel corso di un importante convegno organizzato dalla rivista "Economia e politica del farmaco", si è verificata una leggera diminuzione nel consumo di farmaci generici. Il dato in questione preoccupa il direttore dell'Ufficio informazioni farmaci dell'Aifa, A. Addis, che spiega: "Negli ultimi due anni la crescita dei consumi è stata rilevante ma ora si è, di fatto, fermata [...] Infatti nei primi sette mesi del 2005 rispetto ai primi sette mesi del 2004 c'è stata una leggera, ma significativa, flessione dei consumi".



GLI ITALIANI A TAVOLA

Come si comporta l'italiano a tavola? Lo spiega il rapporto "Gli italiani a tavola" redatto da Format per La Repubblica-Salute e Samedia. Il documento, presentato a Roma durante il convegno Alimentazione e Salute, si avvale di una serie di dati che mostrano come l'italiano medio, durante i pasti, si comporti in maniera adeguata, sempre all'insegna del bon-ton. Analizziamoli, allora, questi dati: di solito l'italiano consuma tre pasti giornalieri (67,3%) e mangia spesso a casa (85,6%), si lava le mani prima di sedersi a tavola (93,4%), spegne la tv (42,7%), non risponde al telefono (27,1%) e non si alza da tavola prima che tutti i commensali abbiano terminato (73%). Mangia ogni giorno pane (77,7%), pasta (70,2%), verdure (65%) e frutta (77%). Non ama i cibi pronti e la cucina di altri Paesi. Per il 20,5% degli italiani "stare a tavola" risulta essere il momento più bello della giornata anche se a pranzo e cena sono dedicati in media tra i dieci e i quaranta minuti.



PSORIASI E CURE

L'Associazione per la difesa degli psoriasici (Adipso) denuncia le enormi difficoltà di reperimento dei nuovi farmaci a disposizione dei pazienti. Mara Maccarone, presidente dell'Adipso, non ha dubbi: "Attualmente in Italia esistono nuovi farmaci che offrono forti speranze ai malati gravi di psoriasi [...] Il problema è però che per poter accedere a queste innovative terapie bisogna rientrare nel progetto di ricerca definito Psocare, ancora sconosciuto a molte regioni italiane". La psoriasi, malattia cronica, colpisce circa 2,5 milioni di italiani e, fra questi, almeno 400.000 in forme gravi (artriti psoriasiche). Il problema è urgente e va affrontato alla radice in tempi brevi: farmaci subito e a disposizione di tutti.

Lavorare stanca, ma rende felici

Non si è mai troppo vecchi per mettere a disposizione di chi soffre la propria esperienza umana e professionale. Lo dimostrano l'impegno di due dei tanti medici senza età che tramite l'Enpam hanno trovato nuovi stimoli lavorando con i detenuti o con i bambini Rom

di **Giorgio Bartolomucci (*)**

Quel medico che pensa che andando in pensione sarà finalmente libero dalla scocciatura del lavoro potrebbe doversi ricredere molto presto della sua convinzione. Purtroppo non si tratta di un semplice luogo comune, ma è quanto ci fanno sapere quotidianamente molti colleghi attraverso lettere e testimonianze dirette. Secondo la loro esperienza, infatti, la nostra è una economia fondata sul lavoro e, spesso, lo stesso valore di uomo viene misurato attraverso il suo ruolo professionale nell'ambito della società. Un valore che è considerato certa-

mente alto per il sanitario che svolge la sua attività in corsia, in ambulatorio o nella libera professione, ma che cala precipitosamente con l'uscita dalla schiera degli occupati. A ritenere che questo sia un fatto che capita frequentemente anche ai medici più bravi, è certamente il dottor Ennio Barrea, un collega di 72 anni, andato in pensione nel 1999 e oggi impegnato nel nostro progetto "Medici senza età". La sua storia è un esempio di ciò che può capitare a chi tiene lontana da sé l'idea del pensionamento e non si organizza in tempo. Il dott. Barrea è nato a Milano nel

1934 e, dopo essersi laureato e specializzato in oculistica all'università di Parma, si è trasferito a Roma diventando aiuto ospedaliero dell'ospedale S. Camillo e poi dirigente del servizio oculistico dell'IRCCS Lazzaro Spallanzani. Negli ultimi anni di attività il suo interesse si è concentrato sulla patologia e chirurgia oculare nei pazienti di AIDS, un campo tanto complesso quanto difficilmen-

te proponibile fuori di una struttura ospedaliera. È successo così che quando la sua Azienda Sanitaria lo ha convocato per discutere i termini del fine rapporto, si è ritrovato per la prima volta a casa, costretto a rivedere le sue priorità e ad amministrare tanto di quel tempo libero come non ne aveva mai avuto. Forse troppo per un uomo abituato a passare in ospedale gran parte della propria giornata. Per questo motivo, dopo sei anni di riposo forzato ha preso al volo l'opportunità che gli è stata offerta dall'associazione Emergency, che a Roma sta attuando un progetto di collaborazione con il ministero di Grazia e Giustizia e si è rivolta all'Enpam per avere i nomi di medici interessati a operare volontariamente nella realizzazione di uno screening sulla diffusione di patologie infettive gravi, quali la TBC, all'interno del Nuovo Complesso penitenziario di Rebibbia. Due volte alla settimana, Barrea, che è un uomo distinto con i capelli completamente bianchi, percorre la Tiburtina e arriva ai portoni del più grande carcere della Capitale, dove i guardiani cominciano a conoscerlo e lo salutano con simpatia. Supera i controlli e poi sotto lo sguardo dei detenuti che svolgono lavori all'esterno, percorre i viali e i



corridoi che lo conducono verso l'infermeria, dove trova ad attenderlo un camice immacolato che, metaforicamente, lo riconsegna al mondo dei medici professionalmente utili e attivi. La sua giornata si alterna fra incontri di formazione e di prevenzione, e numerose visite ai detenuti. Barrea parla volentieri e con entusiasmo di questa nuova avventura che lo ha riportato in prima linea, a diretto contatto con persone che

casi di TBC e di retinopatie HIV correlate. Tutto ciò è molto stimolante, come uomo e come medico, e spero che quando questo progetto avrà termine ci sarà un'altra associazione che mi darà l'opportunità di continuare a fare quello che più mi piace nella vita: il medico". Da queste parole traspare una gioia di vivere, ma soprattutto di lavorare, che può anche sorprendere molti, ma non la dottoressa Anna Maria Nardini, ancor giovane collega mila-

nese, specialista in pediatria e neuropsichiatria, da qualche tempo in pensione e da oltre un anno occupata come "medico senza età" nel progetto ROM dell'associazione di volontariato Medici del Mondo. "Sono stata costretta alla pensione, quasi sbattuta fuori, e senza voler esagerare per la noia stavo quasi impazzendo. Non avevo né uno studio né pazienti privati così quando, tramite l'Enpam sono stata contattata dall'associazione diretta dal dott. Buglioli, primario radiologo del Fatebenefratelli di Milano, sono entrata in contatto con un progetto sanitario molto bello, rivolto ai nomadi che vivono in condizio-

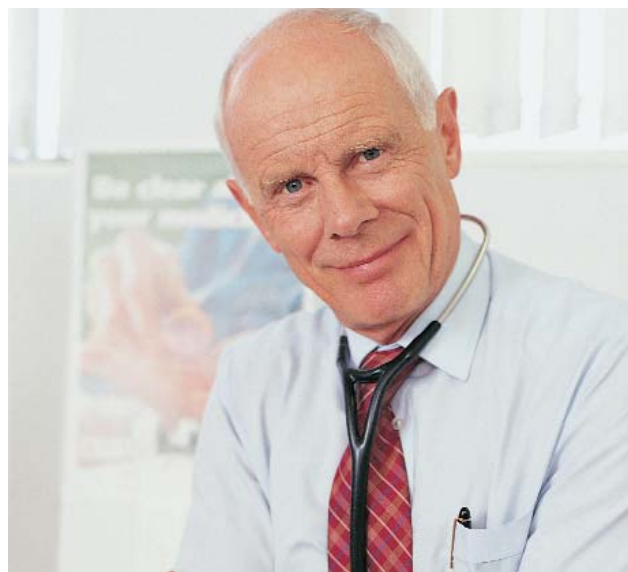
tatto con la nostra banca dati di "medici senza età", oltre 90, e molte di loro ospitano già diversi dei 500 professionisti in pensione che si sono iscritti al nostro progetto. Purtroppo non sempre siamo riusciti a creare quel ponte che costituisce il primo passo per l'operatività piena sul territorio. Spesso mancavano le specialità richieste, altre volte l'impegno era troppo gravoso e non soddisfacibile da colleghi che, val bene ricordarlo, saranno anche "medici senza età" ma hanno lo stesso un certo numero di anni e di lavoro sulle spalle. Ciò nonostante, siamo soddisfatti dei risultati raggiunti finora, e pensiamo che questo progetto non debba fermarsi ma trovare un ulteriore rilancio con la raccolta di altre adesioni da parte di nuovi colleghi e con l'aumento delle richieste da parte delle associazioni di volontariato. Perché in un momento di crisi sociale ed economica come quella che il nostro paese sta vivendo ci sarà sempre posto per un medico volontario in grado di portare non solo cure ma anche quel pizzico di ascolto e umanità di cui, sfortunatamente, sempre più persone hanno bisogno. ■

(*) *Responsabile del progetto Medici senza età - Enpam*



hanno bisogno della sua umanità ed esperienza, e confessa che "dopo una certa emozione vissuta nei primi giorni e la comprensibile preoccupazione mostrata da mia moglie rispetto al mio incarico in un ambiente così diverso e ricco di problemi, oggi sto vivendo un momento molto positivo, facilitato dalla collaborazione del personale di custodia e sanitario, ma anche da parte dei detenuti stessi che, contrariamente a quanto potevo attendermi, collaborano in modo fattivo e si comportano con una inattesa educazione. Anche professionalmente sono molto soddisfatto, nel corso dello screening abbiamo già individuato diversi

ni spesso disastrose alla periferia di Milano. Ora, un paio di volte la settimana visito in una specie di ambulatorio, che la settimana scorsa è rimasto chiuso perché completamente invaso dai topi, ma tutto ciò mi serve tanto, specie dal punto di vista morale. Credo che siano molti i colleghi che si trovano nella mia stessa situazione ma che non sanno a chi rivolgersi: per me è stato un regalo enorme, come un'ancora di salvataggio, così ho dato la disponibilità anche per collaborare con altre associazioni che potrebbero aver bisogno di me". E in verità, sono veramente tante le associazioni di volontariato italiane che sono entrate in con-



Parla Francesco Cognetti, Direttore Scientifico
dell'Istituto Regina Elena di Roma

Come cambia la guerra al tumore

A Parigi oltre 10mila esperti all'ECCO, il congresso europeo di oncologia, lanciano un appello: "Contro il cancro al seno, prevenzione e screening rimangono le vere armi vincenti"

di **Andrea Sermonti**

I progressi della ricerca scientifica sono sempre più evidenti e sofisticati, ma la mammografia rappresenta ancora un esame fondamentale per scoprire il tumore ai primissimi stadi. Purtroppo nel nostro Paese non più del 60% di donne si sottopone a questo esame, con alcune Regioni in cui queste percentuali sono ancora più basse, intorno al 40%. Dobbiamo quindi fare di più – soprattutto i medici – impegnandosi maggiormente per convincere le donne dell'utilità di questo esame, mentre le Istituzioni devono promuovere programmi educazionali. "Alleanza contro il Cancro", il network che riunisce gli Istituti nazionali contro il tumore in Italia ha già deciso di promuovere una serie di iniziative a favore degli screening. Mammografia al primo posto, quindi, ma anche stili di vita adeguati: "Ormai – si è detto al congresso ECCO di Parigi – è provato che consumare un'alimentazione ricca di frutta e verdura e praticare regolarmente adeguata attività fisica possono prevenire l'insorgere di questo tumore". Eppure, restando più sul piano generale, attualmente siamo incapaci di classificare i singoli tumori in maniera più dettagliata e aderente alle loro caratteristiche biologiche. "In altre parole – ci dice il prof. Francesco Cognetti,

direttore scientifico dell'Istituto Regina Elena di Roma – quelli che noi etichettiamo come tumore della mammella (o tumore del colon, tumore del polmone, ecc.) sono in realtà decine di malattie diverse, con comportamenti biologici differenti e che, probabilmente, necessitano proprio di interventi terapeutici differenti.

**Convincere
le donne
dell'utilità
di sottoporsi
agli esami**

Professor Cognetti, siamo ancora così indietro?

Nonostante la medicina molecolare stia facendo passi da gigante, oggi continuiamo a classificare le neoplasie sulla base di criteri morfologici che non tengono conto, se non in minima parte, delle alterazioni genetiche e molecolari che le hanno causate. La vera rivoluzione del futuro sarà rappresentata quindi dalla possibilità concreta di conoscere il profilo genetico e molecolare di ogni singolo tumore. Una rivoluzione sia dal punto di vista diagnostico che prognostico e terapeutico.

Saranno possibili previsioni più accurate e affidabili sullo sviluppo della malattia?

Non solo, probabilmente anche nuove strategie di trattamento. Alla luce di questa nuova visione dell'oncologia, la ricerca si sta indirizzando verso lo studio di strumenti che consentano di identificare, e in molti casi di colpire in maniera selettiva e specifica, le molecole (fattori di crescita, recettori, enzimi, ecc.) responsabili della crescita e della diffusione incontrollata delle cellule tumorali all'interno dell'organismo, della loro capacità di sopravvivere alla chemioterapia e alla radioterapia e di stimolare la produzione di nuovi vasi sanguigni.

E i nuovi farmaci biologici?

Stiamo già ottenendo i primi risultati in questa direzione, con i cosiddetti anticorpi monoclonali o target therapy. Molecole come il cetuximab, il gefitinib e l'erlotinib possono infatti rallentare la crescita tumorale, rendere le cellule tumorali più sensibili ai trattamenti tradizionali e, in alcuni casi, addirittura prevenire lo sviluppo della malattia nelle persone più a rischio. Contro il tumore della mammella l'anticorpo diretto contro la proteina HER2 (trastuzumab), approvato per l'utilizzo nel cancro della mammella metastatico che dimostra elevata espressione di tale pro-

teina, evidenza vantaggi clinici importanti.

La strategia vincente, quindi è rappresentata dall'utilizzo degli anticorpi monoclonali associati alla chemioterapia tradizionale?

Le cosiddette terapie targetizzate rappresentano la nuova frontiera della lotta contro il cancro. Paradossalmente però la loro efficacia in monoterapia spesso risulta inferiore a quella risultante dalla combinazione con 'farmaci tradizionali'. La combinazione di trastuzumab con la chemioterapia tradizionale ad esempio, è in grado di aumentare sensibilmente l'efficacia antitumorale. Uno studio internazionale di combinazione trastuzumab-docetaxel con coordinamento IRE ha dimostrato un aumento sensibile di tutti i parametri: percentuale di risposta, durata della risposta, tempo di progressione mediano e sopravvivenza mediana. Gli studi in corso su questa molecola sono numerosi, alcuni anche in Italia. Ad esempio l'Istituto Regina Elena sta coordinando, con il Dipartimento di Oncologia ed Endocrinologia Molecolare della 'Federico II di Napoli, lo studio Taxit-216. Si tratta di uno dei 3 maggiori studi di terapia adiuvante del carcinoma mammario operabile impiegando il docetaxel.

Uno studio che vede coinvolte 1000 donne e del quale a Parigi sono stati presentati i primissimi e ottimi dati sulla tossicità"

Professore, cosa c'è nel futuro prossimo della guerra della medicina per sconfiggere il tumore?

Stiamo correndo verso terapie sempre più specifiche e ritagliate sul paziente. L'oncologo del futuro prima di intraprendere un percorso di cura, tratterà un identikit del paziente sulla base delle caratteristiche del tu-

more e di quelle del malato. Perché analizzare il patrimonio genetico della persona colpita da tumore è fondamentale, non solo in fase terapeutica ma anche a monte. Non dimentichiamo infatti che nonostante i notevoli progressi ottenuti nella cura dei tumori, la prevenzione e la diagnosi precoce restano ancora gli strumenti antitumorale più efficaci. Ripeto: in questo campo noi medici dobbiamo impegnarci maggiormente per convincere le donne dell'utilità della mammografia. ■

Gli ultimi dati sul tumore al seno

Secundo le ultime stime dell'International Agency for Research on Cancer (IARC) di Lione, il più autorevole osservatorio sui tumori, i nuovi casi di tumore al seno registrati nel mondo nel 2002 sono stati 1.151.298. L'Italia con 36.634 persone colpite è al quarto posto in Europa, dopo Germania (55.689), Francia (41.957) e Inghilterra (40.928 nuovi casi). Nel nostro Paese questa malattia è la prima causa di morte nelle donne nella fascia d'età tra i 35 e i 44 anni e in molte zone rappresenta un quarto circa di tutti i tumori di cui soffrono le donne. Negli ultimi anni si è osservata una diminuzione della mortalità. Nel Meridione e nelle Isole l'incidenza della malattia è tuttora relativamente bassa rispetto alla media dei paesi industrializzati, mentre aumenta progressivamente salendo al Nord. I motivi di questa distribuzione geografica non sono completamente noti anche se, verosimilmente, sono correlati sia alle abitudini riproduttive (al nord le donne fanno meno figli) che all'alimentazione e all'industrializzazione. Sempre dai dati IARC del 2002, sono stati complessivamente registrati nel mondo più 410.712 decessi. In Italia sono morte 11.345 donne contro le 17.994 della Germania, le 13.303 dell'Inghilterra e le 11.643 della Francia. (S.S.)

Carcinoma mammario: breve storia della terapia

Negli ultimi sei-sette anni in tutti i Paesi Occidentali, Italia compresa, si sta assistendo ad un sensibile calo di mortalità per tumore della mammella, pur in presenza di un continuo aumento dell'incidenza. Ma il dato più interessante è che questo calo di mortalità si osserva finalmente anche nelle donne giovani, per le quali lo screening e la diagnosi precoce è meno efficace che nelle donne in post-menopausa. Nel nostro Paese, negli ultimi 5 anni, la mortalità per cancro della mammella nelle donne al di sotto dei 49 anni è diminuita addirittura dell'11,2%: un risultato mai raggiunto nella storia della medicina in un periodo così breve e per una malattia letale. Questo progresso è dovuto al fatto che la ricerca clinica ha messo a disposizione farmaci estremamente efficaci, ma soprattutto grazie agli screening. I controlli periodici, ed in particolare l'avvento della mammografia, hanno migliorato sensibilmente i tassi di sopravvivenza. Se il tumore è diagnosticato quando è sotto il centimetro, infatti, le probabilità di guarigione raggiungono il 95%; se i linfonodi ascellari sono negativi, la percentuale si attesta all'85%. Una diagnosi tardiva resta il peggiore nemico delle donne: se la massa tumorale supera i 5 cm ed ha intaccato i linfonodi, il tasso di sopravvivenza scende sotto il 40%, al 25% se sono stati intaccati più di 3 linfonodi. (S.S.)

In funzione del possibile arrivo di una pandemia influenzale, l'OMS ha sviluppato da tempo il *Global Influenza Preparedness Plan*, che definisce gli stadi di una pandemia, il ruolo dell'Organizzazione e fornisce raccomandazioni agli stati membri in relazione alle misure da adottare prima e durante una pandemia. Secondo quel piano, noi ci troveremmo oggi nella fase pre pandemica, di allerta e precisamente nella fase 3 in cui si verificano infezioni umane con un nuovo sottotipo, ma non esiste un passaggio da uomo ad uomo. Nella fase 4 si prevede il verificarsi di piccoli cluster (raggruppamento di casi nella stessa famiglia o comunità) con limitata trasmissione da uomo ad uomo, ma con una diffusione molto localizzata il che suggerirebbe che il virus non si adatta ancora bene agli esseri umani. Nella fase 5 si verificherebbero cluster più ampi il che porterà a pensare che il virus incominci ad adattarsi agli umani, senza essere ancora pienamente trasmissibile. Nella fase 6 si entrerà invece nel periodo pandemico in cui vi sarà una trasmissione durevole nell'intera popolazione

Rischio pandemia aviaria:

Tutti i Paesi devono mobilitarsi e decidere azioni urgenti per prepararsi ad affrontare il pericolo. L'obiettivo è quello di contenere e ritardare la diffusione del contagio

di **Walter Pasini (*)**

In vista della minaccia di una pandemia, l'OMS raccomanda che tutti i Paesi assumano azioni urgenti per prepararsi ad una pandemia. Per assisterli in questo impegno l'OMS sta sviluppando un modello per stabilire le priorità da assumere.

Nella fase pre pandemica - in cui ci troviamo - gli obiettivi sono:

- ridurre le opportunità per un'infezione umana;
- rafforzare il sistema di sorveglianza attiva.

Il rischio che un virus pandemico possa emergere dipende dalle opportunità per l'esposizione umana. Queste opportunità persisteranno nella misura in cui il virus H5N1 continuerà a circolare negli animali. I controlli della malattia nei volatili rappresenta dunque la principale maniera per ridurre

le opportunità di infezione umana e ridurre così le opportunità che emerga un virus pandemico. Le speranze che il virus possa essere rapidamente eliminato dal pollame non si sono concretizzate e la situazione sembra evolvere nella direzione opposta con il coinvolgimento di un sempre maggior numero di Paesi. Il virus nella sua forma altamente patogena è endemico in un grande numero di Paesi asiatici ed i fattori responsabili di una così lunga persistenza non sono stati del tutto chiariti. Si sa che le oche domestiche sono in grado di secernere grandi quantità di virus senza mostrare i segni della malattia. A dispetto di queste difficoltà il controllo della malattia nel pollame rimane un obiettivo concreto che comporta significativi cambiamenti nei sistemi di allevamento intensivo e, per quanto

riguarda l'Europa, nella rapida segnalazione e diagnosi di ogni capo infetto per prevenire la circolazione del virus nei piccoli e grandi allevamenti. L'influenza aviaria può valicare le frontiere e coinvolgere altri Paesi attraverso il commercio internazionale di pollame vivo e gli uccelli migratori che possono trasportare il virus per lunghe distanze e diffondere l'infezione nei volatili dei Paesi da loro raggiunti.

Nei Paesi asiatici dove persiste l'epidemia di influenza aviaria, i sistemi di sorveglianza epidemiologica e l'efficienza dei servizi veterinari e di laboratorio sono carenti. Pochi dei Paesi colpiti dispongono di personale e di risorse necessarie per studiare i casi umani e soprattutto per individuare e studiare i raggruppamenti di casi in un ristretto contesto familiare o sociale, segnale di allarme di

una possibile trasmissione interumana.

Sul piano dell'infezione umana risulta particolarmente importante l'individuazione di ogni cluster per monitorare la possibile evoluzione di una epidemia. Analogamente, anche l'informazione sul decorso clinico dei casi è di grande importanza poiché ci si aspetta che la migliorata trasmissibilità del virus coincida con un abbassamento del tasso di mortalità. Di assoluta importanza sono anche gli studi sui virus H5N1 isolati nei pazienti colpiti per



stesso sarà di 4-6 mesi. Questo tempo di per sé rappresenta un importante fattore limitante nel contenimento della diffusione del contagio. È molto probabile che l'epidemia scoppi in Asia, ma il tempo necessario per raggiungere Europa e gli altri continenti non sarà di certo lungo considerando la mobilità internazionale e la densità del traffico aereo. Non sarà facile pertanto coprire la popolazione mondiale con scorte adeguate di vaccino specifico, specie nei Paesi in via di sviluppo, densamente popolati e caren-

la strategia dell'OMS



aprire la strada al lavoro verso un vaccino efficace.

Procedendo negli stadi, sempre relativi alla fase pre-pandemica l'obiettivo primario sarà quello di contenere o ritardare la diffusione del contagio.

Un ruolo determinante a questo scopo dovrà esser svolto dal vaccino specifico e dai farmaci antivirali. I due farmaci appartenenti al gruppo degli inibitori delle neuraminidasi - l'oseltamivir e lo zanamivir - possono ridurre la severità e la durata dell'influenza se assunti entro 48 ore dall'inizio dei sintomi. Per quanto riguarda l'Italia, il governo si è mosso bene prenotando l'acquisto di 36 milioni di dosi di vaccino e di una quantità adeguata di farmaci antivirali. Il problema - se mai -

sarà delle aziende produttrici relativamente alla loro capacità di fornire a livello nazionale e soprattutto mondiale quantità di vaccini e farmaci in grado di fronteggiare la diffusione del virus pandemico. La produzione dei farmaci antivirali è stata fino ad adesso estremamente limitata considerando la limitata richiesta del mercato. Analogamente le aziende produttrici di vaccino dovrebbero ampliare gli impianti di produzione per adeguarli alla richiesta.

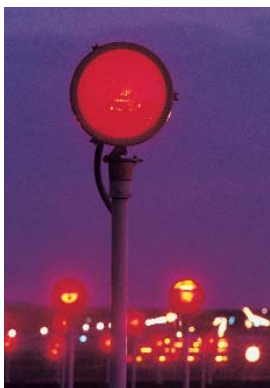
La produzione del vaccino scatterà allorché l'OMS dichiarerà ufficialmente iniziata la pandemia ed indicherà le caratteristiche del virus contro cui preparare il vaccino. Si prevede che i tempi di produzione dello

ti di strutture sanitarie. L'Italia da questo punto di vista gode di una situazione di privilegio essendo uno dei pochi Paesi che produce il vaccino (Chiron, Siena).

Poiché la quantità di vaccini risulterà inadeguata all'inizio della pandemia, i farmaci antivirali assumeranno un ruolo chiave per ridurre la morbidità, mortalità, ma la capacità delle aziende a produrne ad alte dosi e il costo dei farmaci rappresenteranno di certo un problema non da poco.

Quando la pandemia scoppierà gli Stati dovranno fronteggiare un'emergenza di difficile gestione.

(*) *Direttore Centro OMS
Medicina del Turismo*



INFLUENZA POLLI: SONO SICURE UOVA CRUDE O COTTE

Nessun rischio per i cittadini europei nel consumo di uova, anche crude. "Ha fatto bene il Commissario Europeo alla salute nel ribadire questo assunto. Le abitudini alimentari dei cittadini europei, infatti - sottolinea Walter Pasini del Centro Collaboratore dell'Oms per la medicina del turismo - non devono cambiare in funzione del rischio influenza aviaria". Insomma, l'esperto ribadisce che "uova cotte o crude possono essere consumate senza rischio, così come la carne di pollo".

Al momento, ricorda Pasini, la maggior parte dei casi in Vietnam, Indonesia, Thailandia è avvenuto nelle aree rurali o periurbane, dove il pollame si muove liberamente, "entrando anche all'interno delle stesse abitazioni, e condivide gli stessi spazi dove giocano i bambini". Poiché gli uccelli espellono grandi quantità di virus nelle loro feci, prosegue l'esperto, sono molte le possibilità di contatto con le deiezioni del pollame o con ambiente contaminato dal virus. "Inoltre poiché il bilancio di molte famiglie dipende dal pollame, in tan-

ti vendono o consumano volatili infetti - prosegue - e non segnalano alle autorità sanitarie la malattia del pollame per farlo poi eliminare, perché non sono sicuri di ricevere un indennizzo da parte dello Stato".

Ma le norme di sicurezza alimentare relative all'igiene e sicurezza non devono essere ricordate solo in caso di allarmi come l'influenza aviaria. "Devono essere sempre seguite - raccomanda Pasini - in funzione della riduzione delle malattie a trasmissione alimentare (escherichia coli, salmonellosi, campylobacter, rotavirus), che costituiscono un reale problema sanitario anche nei Paesi occidentali". Tra le misure ricordate dall'esperto, per garantire la sicurezza a tavola anche in casa:

- 1) separare la carne cruda da quella cotta o dai cibi pronti. Non deve essere usato lo stesso tagliere o lo stesso coltello per preparare la carne cruda e i cibi cotti o quelli pronti da mangiare;
- 2) non preparare cibi crudi o cotti senza lavarsi le mani prima dell'una o dell'altra operazione;
- 3) non rimettere la carne cotta nello stesso piatto dove si trovava prima di essere cucinata;
- 4) lavare il guscio delle uova in modo appropriato prima di manipolarle per la cottura, e lavarsi le mani subito dopo.



NUOVA STRATEGIA CONTRO IL COLESTEROLO

Constatato che, nonostante la loro efficacia, gli attuali farmaci ipocolesterolemizzanti non sempre riescono a ridurre il colesterolo ai livelli di sicurezza desiderati, è stata recentemente messa a punto una nuova strategia - cosiddetta di "double inhibition" - che, per l'appunto, prevede due punti di attacco: da un lato inibizione della sintesi di colesterolo da parte delle cellule epatiche, dall'altra inibizione del riassorbimento selettivo di colesterolo da parte del duodeno. Questo duplice effetto viene attuato dall'associazione di due molecole già di largo uso in terapia, associazione che in ampie serie di soggetti ipercolesterolemici resistenti al trattamento con un solo farmaco, si è mostrata in grado di ridurre i valori di colesterolo sino al 52%, e in alcuni casi sino al 61%. Ed è da notare che secondo le statistiche mondiali, a ogni 10% di riduzione dei valori della colesterolemia corrisponde generalmente una riduzione del 10% delle complicazioni cardiovascolari. Per di più, la terapia con doppia inibizione sembra comportare un minor numero di effetti collaterali indesiderati. Ovviamente, alla base del trattamento resta sempre valida la necessità di una limitazione dell'apporto alimentare di grassi e di un'adeguata attività fisica.



STAMINALI CONTRO L'INFARTO

Staminali anti-infarto sperimentate con successo su otto pazienti all'ospedale Le Molinette di Torino. Cardiologi ed ematologi del nosocomio hanno utilizzato, "per la prima volta in Italia e tra le prime volte al mondo", annuncia una nota dell'azienda, "una nuova e rivoluzionaria tecnica" che permette di convogliare le cellule 'madri' del midollo osseo verso il luogo della lesione. Sostituendo così il tessuto danneggiato con tessuto nuovo e funzionante, e ridando ossigeno al cuore colpito dall'infarto acuto. Un evento killer che nella penisola uccide ogni anno circa 70 mila persone.

I libri dell'Inail si leggono su Internet

Gli strumenti di informazione dell'Istituto sono pubblicati sul sito insieme ai corsi di formazione e ai prodotti audio-visivi

di Carlo Ciocci

Attualmente l'Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Inail) non ha una biblioteca strutturata in senso tradizionale, in quanto chiusa per lavori di restauro. Sono invece attivi un'emeroteca ed un servizio di informazione online sul sito dell'Istituto - www.inail.it - dove si trovano tutte le pubblicazioni editte dall'Inail. La maggior parte di questi testi sono fruibili gratuitamente "scaricandoli" da Internet.

In particolare, quest'attività incontra l'interesse dei medici per il fatto che l'Inail è istituzionalmente orientato ad argomenti come la Medicina, la prevenzione ed i rischi professionali. "Tra gli strumenti informativi - come ricorda Alberto Padula, dirigente dell'Ufficio editoria e pubblicazioni - l'Inail stampa una rivista quadrimestrale sugli infortuni, in-

tegrata da servizi di informazione online a rilascio settimanale. Con questi strumenti di comunicazione cerchiamo di essere sempre aggiornati per offrire a quanti necessitano dei dati in nostro possesso, e fra questi ci sono i medici, un'informazione precisa e puntuale su una mole di documentazione vasta e dinamica". Quando poi gli utenti, dopo aver raccol-

to il materiale utile al proprio lavoro, necessitano di contattare l'Inail per approfondire specifici argomenti potranno relazionarsi con i vari uffici competenti, tra i quali la Direzione centrale sulla prevenzione e la Sovrintendenza medica. L'intera struttura Inail dedicata alla Comunicazione è suddivisa nell'Ufficio editoria, dove transita tutto quanto viene pubblicato dall'Istituto e l'Area comunicazione multimediale attraverso la quale viene gestito il sito Internet. "Oltre al sito - sottolinea il dirigente dell'Ufficio editoria - abbiamo la gestione delle "newsletter", all'interno delle quali sono veicolate anche informazioni a carattere medico. È opportuno ricordare anche tutti i prodotti audiovisivi dove il tema della prevenzione è ampiamente trattato". Particolarmente interessante è la possibilità di poter "scarica-

re" dal sito Inail i Corsi di formazione per i medici curati dai medici dell'Istituto. "Con i corsi di formazione - chiarisce Alberto Padula - l'Inail ha inteso porsi come fonte di informazione e formazione, ben al di là dell'originario esclusivo ruolo di assicurazione contro gli infortuni". Un altro prodotto di comunicazione Inail è il *Rapporto*

annuale sull'andamento degli infortuni in Italia, contenente un ampio numero di dati utili anche per svolgere un lavoro di comparazione con gli altri Paesi europei sull'andamento infortunistico.

Successivamente alla pubblicazione del Rapporto, le varie sedi regionali Inail producono a loro volta un Rapporto specifico per il territorio di competenza.

"Nel futuro dei nostri strumenti di informazione - conclude Alberto Padula - c'è la ristrutturazione del sito Internet, per renderlo ancor più fruibile da parte degli utenti. In questo modo, confermiamo che il nostro sforzo è quello di sviluppare tutti i canali informatici di cui attualmente si dispone, per rendere un servizio sempre migliore ai nostri utenti. Tra i quali, ricordiamolo, c'è un notevole numero di medici". ■

**Una rivista
sugli infortuni
con versione
on-line**

**Programmi
futuri
affidati
all'informatica**



< Pubblicità >

Per la nascita o l'adozione di un bambino

Norme di tutela per la paternità

Parliamo di congedi parentali e di una serie di provvedimenti che gli interessati debbono conoscere per far valere i loro diritti dopo aver espletato i doveri

di **Marco Perelli Ercolini (*)**

Per la nascita o l'adozione di un bambino anche al padre spettano i congedi parentali. Ne riassumiamo sinteticamente i punti essenziali.

Astensione obbligatoria

Il padre può assentarsi dal lavoro per il periodo di astensione obbligatoria successivo al parto in caso di morte o di grave infermità della madre, in caso di abbandono o di affidamento esclusivo. Spetta una indennità economica (80% delle voci della retribuzione, salvo migliori trattamenti contemplati dal contratto di lavoro).

Il periodo è utile ai fini dell'anzianità di servizio, per le ferie e per la tredicesima ed è totalmente coperto ai fini previdenziali e pensionistici.

Astensione facoltativa

Il padre contemporaneamente o in alternativa alla madre (anche se questa non ha un rapporto di lavoro in dipendenza) entro il compimento dell'ottavo anno di vita del bambino può assentarsi fino a un massimo di sei mesi (sette se usu-

fruisce per un periodo superiore ai tre mesi) purché con le assenze della madre non vengano superati complessivamente i 10 mesi (11 se usufruisce del mese aggiuntivo). L'indennità economica scende al 30% sino al terzo anno di vita (salvo trattamenti più favorevoli previsti dal contratto di lavoro) e per un periodo massimo, comprensivo del-

Permessi giornalieri nel primo anno di vita

le eventuali assenze della madre, di sei mesi; nulla spetta dopo i tre anni, fatta eccezione i casi in cui il reddito individuale dell'interessato sia inferiore a 2,5 volte l'importo del trattamento minimo di pensione Inps.

È utile ai fini pensionistici e per l'anzianità di servizio, ma non è utile ai fini delle ferie e della tredicesima.

Permessi giornalieri

Al padre spettano i permessi giornalieri nel primo anno di vita del bambino (entro il primo anno dall'ingresso nella nuova famiglia in caso di adozione) per decesso o grave infortunio della madre, rinuncia da parte della madre lavoratrice dipendente, nel caso in cui la madre non sia lavoratrice dipendente.

I permessi sono commisurati in due ore al giorno se l'orario di lavoro è pari o superiore a sei ore, in caso contrario è pari a un'ora.

In caso di parto plurimo, poiché la durata dei permessi è raddoppiata, il padre può utilizzare le ore ag-

giuntive dei permessi usufruiti dalla madre.

Sono totalmente retribuiti e utili ai fini pensionistici e previdenziali, dell'anzianità di servizio, per le ferie e per la tredicesima.

Assenze per le malattie del bambino

Il padre, in alternativa alla madre, può assentarsi in caso di malattia del figlio senza limiti temporali fino al terzo anno di vita del bambino; oltre il terzo anno sino al compimento dell'ottavo anno può assentarsi, in alternativa alla madre, sino a un massimo di cinque giorni per anno.

Queste assenze non danno diritto alle ferie e alla tredicesima e a nessun trattamento economico; sono, invece, utili ai fini dell'anzianità e danno diritto alla copertura figurativa pensionistica se il bambino non ha ancora compiuto i tre anni.

Divieto di licenziamento

Il padre al termine dei periodi di astensione dal lavoro per congedo di paternità ha diritto al rientro nello stesso posto di lavoro che occupava al momento della richiesta di congedo (salvo espressa rinuncia) e di permanervi sino al compimento di un anno di età del bambino.

Esenzione dal lavoro notturno

Il padre di un figlio di età inferiore ai tre anni può chiedere l'esenzione dal lavoro notturno in alternativa alla madre. Il lavoro notturno non deve essere obbligatoriamente prestato anche dal padre che sia l'unico genitore affidatario di un figlio convivente di età inferiore ai dodici anni oppure che abbia a carico un figlio disabile. ■

(*) Consigliere di amministrazione Enpam



< Pubblicità >

"Chi è pazzo può chiedere di essere esonerato dalle missioni, ma chi chiede di essere esonerato dalle missioni non è pazzo". Era il "tormentone" di "Comma 22", famoso film dei primi anni Settanta sulla guerra in Vietnam. Le missioni erano ovviamente quelle nella giungla vietnamita, fitta di pericoli, trappole e agguati. Ma la simulazione della pazzia come trucco per imboscarsi o addirittura per essere congedato era molto, molto più vecchia della guerra del Vietnam. Già durante la Grande Guerra, in Italia, i medici militari avevano messo a punto una serie di tecniche e di vere e proprie indagini psicologiche per smascherare i soldati che assumevano particolari atteggiamenti o determinate espressioni per farsi credere folli. Molti venivano puniti, se non addirittura fucilati. Ma erano anche numerosi coloro che, come estremo rimedio per sottrarsi agli orrori e ai pericoli della trincea, ricorrevano a raccapriccianti forme di autoleSIONISMO. Tanto numerosi, anzi, che l'articolo 174 del Codice Penale dell'Esercito prevedeva una condanna da 5 a 10 anni di reclusione per colui che, sotto le armi, "mediante volontaria mutilazione o indisposizione maliziosamente procuratasi, riesca a diventare incapace di proseguire nel servizio militare". Non erano rari i casi di chi si tagliava un dito della mano o si feriva al piede per evitare di vestire la divisa. Alcuni si iniettavano sotto la pelle dei piedi olio di vaselina, petrolio o essenza di trementina procurandosi tremende ustioni e zoppicando per tutta la vita.

Diversi erano invece i casi di nevrosi, una malattia che proprio con la Grande Guerra aveva fatto la sua comparsa clamorosa e inquietante, con soldati impazziti, smemorati, incapaci di riconoscere gli altri e a loro volta irriconoscibili. Queste nevrosi, secondo la maggior parte degli specialisti, riguardavano e riguardano non il carattere del soldato, ma il carattere della nuova guerra moderna e industrializzata. Una

Strutture moderne ed efficienti

Sanità militare: di medici ad alta

Sono molte negli anni le trasformazioni, non all'ospedale romano del Celio. La situazione nelle ad una sempre più stretta collaborazione

di **Ezio Pasero**

guerra che appare innanzi tutto come piena esaltazione del potere delle macchine, che operano indipendentemente dalla volontà dei singoli e la sovrastano. E di fronte a queste macchine, la resistenza e il rifiuto, quando non hanno altre strade, trovano espressione nella follia e nella malattia.

Causate dunque da un nuovo modo di combattere guerre e guerriglie, le nevrosi e le patologie mentali hanno richiesto atten-

"sindrome da stress post-traumatico", oltre che valutare se qualcuno non era troppo sotto shock per continuare la missione e non era quindi il caso di farlo rientrare anzitempo in Italia.

Molte altre e assai più profonde sono comunque le trasformazioni che la Sanità militare ha subito in questi decenni, dai tempi della Prima guerra mondiale. Questione di numeri, innanzi tutto: basti dire che nel 1914, quando si prevedeva che la guerra sarebbe stata di movimento e, non si immaginava l'estrema stabilità delle linee del fronte che avrebbe caratterizzato il conflitto, l'esercito aveva predisposto circa 800 medici. Nel 1918 si arrivò invece al numero di circa 17 mila, grazie allo sforzo di adattamento tecnico e all'impiego di personale civile e di studenti. Oggi, in periodo di pace, nel solo Esercito i medici in servizio permanente sono più di mille. Anche il carattere generico delle conoscenze che inizialmente caratterizzava la figura del medico (contemporaneamente chirurgo, oculista, dentista, batteriologo, eccetera) si era modificato durante il conflitto, col verificarsi del fenomeno delle "specializzazioni", che nella Sanità militare moderna si sono poi ulteriormente ampliate e affinate con particolare riguardo a due aspetti, e cioè la medicina preventiva e la chirurgia d'urgenza.

**Tecniche
di vere e proprie
indagini
psicologiche**

zioni e risorse sempre maggiori da parte dei servizi medici delle nostre Forze Armate. Un esempio tragico è stato quello dei giorni successivi all'attentato del 12 novembre di due anni fa a Nasiriyah, nel quale persero la vita 12 carabinieri, 5 soldati e 2 civili. Il giorno stesso, l'Arma aveva inviato in Iraq un capitano donna laureata in psicologia, Barbara Vitale, che faceva parte di uno staff di sei specialisti che si occupano di "psicologia dell'emergenza". Il suo compito, quello di aiutare i militari più scossi a superare la

naturalmente migliorabili

un "esercito" specializzazione

ultima il servizio di Telemedicina collegato varie Forze Armate. Gli obiettivi futuri puntano con istituti e organizzazioni universitarie

Quanto alle strutture sanitarie per la cura e il trasporto dei feriti e dei malati, l'organizzazione moderna non si discosta molto, concettualmente, da quella di quasi un secolo fa. Allora le strutture erano sostanzialmente divise in tre livelli, oggi invece la Sanità militare italiana è articolata su quattro, che corrispondono in qualche modo a quelli della Grande Guerra: posti di rianimazione in tenda o su automezzi a ridosso delle linee di combattimento, ospedali da campo per la chirurgia d'urgenza, ospedali nelle retrovie e strutture territoriali fisse (in sostanza, il Policlinico militare Celio di Roma). A essere cambiate in modo impressionante sono proprio le strutture: le nuove tende sono pneumatiche, isolate, dotate di riscaldamento e aria condizionata e possono ospitare anche due sale operatorie complete e laboratori di analisi, gli ospedali da campo sono modulari. Tutte queste strutture, inoltre, possono avvalersi di un efficiente servizio di Telemedicina collegato al Celio, al quale possono essere inviati esami, eco e radiografie.

Altrettanto significativi sono stati i cambiamenti nella Sanità Aerea e in quella della Marina. Quest'ultima disponeva di 9 navi ospedale durante la Prima guerra mondiale e di 18 durante la Seconda (nel corso della quale ben 12 furono affondate dal nemico). Attualmente, l'organico del Corpo Sanitario della Marina com-

prende 239 Ufficiali in servizio permanente di cui 217 medici, 14 farmacisti, 16 odontoiatri, 6 psicologi, 6 logistico-amministrativi, circa 20 Ufficiali di complemento o volontari in ferma prefissata e 576 Sottufficiali infermieri.

Circa 300 sono anche gli ufficiali medici della Sanità militare dell'Aeronautica. A quest'ultima è affidata tutta la parte medico legale relativa al rilascio delle licenze di volo anche civili e della selezione per i piloti commerciali, oltre all'assistenza ai reparti di volo per la prevenzione e cura in caso di incidenti. I vecchi biplani Caproni della Grande Guerra hanno lasciato il posto a elicotteri particolarmente versatili come gli AB212 e i più grossi HH3F del 15° Stormo e agli aerei Falcon 50 e 900 del 31° Stormo, con i quali la Sanità aerea svolge, oltre al soccorso aereo in mare e in montagna, anche il compito di trasporto d'urgenza di organi. La quantità e la qualità degli interventi in tutti i teatri di guerra del mondo, perché tutti coloro che hanno una specializzazione idonea vengono impiegati nelle missioni all'estero, è impressionante: tanto per citare un paio di esempi, la partecipazione alla missione Antica Babilonia in Iraq, con 2.600 prestazioni sani-

tarie e 49 operazioni Medevac, cioè di evacuazione aeromedica, 4.245 prestazioni in Albania, 3.533 in Kosovo... E in Italia, nel corso di un solo anno, 412 interventi di pronto soccorso, 1.054 trasporti di pazienti gravi e 1719 trasporti di organi per trapianti. Dal punto di vista della ricerca e della sperimentazione scientifica, il fiore all'occhiello rimane comunque il Reparto di Medicina Aeronautica e Spaziale dell'aeroporto di Pratica di Mare. A questo fanno capo tra l'altro i tre ufficiali medici abilitati, unici in Europa, al controllo e alla selezione degli astronauti per le missioni spaziali, dopo aver partecipato in Russia a un corso presso la Divisione medica del Centro addestramento cosmonauti Yuri Gagarin. "E potremmo fare ancora meglio", sostiene il generale Manlio Carboni, capo della Sanità militare Aeronautica, "se problemi di bilancio non ci impedissero di attuare quel processo di modernizzazione delle apparecchiature che ci consentirebbe un miglioramento significativo delle nostre potenzialità. Per esempio, ci sarebbe di grande utilità una centrifuga umana che oggi non possiamo permetterci, perché costa intorno ai 35 milioni di euro. Comunque, avvalendoci di quella collaborazione scientifica con istituti e organizzazioni universitarie che ha sempre contraddistinto la nostra attività, forse riusciremo a raggiungere questo obiettivo in futuro". ■



L'appassionante esperienza di una ginecologa italiana

Ascoltale se vuoi curarle

Antonietta Cilumbriello mette la sua professionalità a disposizione delle donne di Palestina, Nepal, Giordania e Venezuela affinché possano decidere autonomamente della propria salute. L'attività dell'Aidos sotto l'egida dell'Onu

di Ester Maragò

Curare vuol dire anche saper ascoltare l'altro. E le voci possono arrivare da lontano. Sono voci che tradizioni culturali e religiose, guerre, hanno spesso ridotto ad un sussurro. Voci che troppo frequentemente appartengono all'altra metà del cielo. La dottoressa Antonietta Cilumbriello le ha ascol-

ziona italiana donne per lo sviluppo (Aidos), una Ong fondata nel 1981 e divenuta focal point in Italia dell'Istituto dell'Onu di ricerca e formazione per la promozione delle donne (Instraw), e del Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (Unfpa). La salute e i diritti riproduttivi sono uno dei molti settori sui quali l'associazione concentra la propria attività. Una scelta mirata: le problematiche legate alla salute riproduttiva rappresentano, infatti, la principale criticità dell'universo femminile.

Lo dicono con chiarezza i dati del "Rapporto sullo stato della popolazione nel mondo 2005" dell'Unfpa, la cui edizione italiana è curata dall'Aidos: per 1,7 miliardi di donne nel mondo in età fertile, un quarto della popolazione mondiale, le cure inerenti alla salute riproduttiva nei Paesi in via di sviluppo sono spesso carenti, se non assenti. Un vuoto che si traduce in mezzo milione di donne decedute ogni anno per cause legate alla gravidanza e al parto. Sono invece ben 76 milioni le gravidanze indesiderate per mancanza di pianificazione. E le previsioni per il futuro sono cupe: nei prossimi 10 anni, 100 milioni di bambine si sposteranno, e considerando che le complicazioni da parto sono assai più diffuse in madri adolescenti che in giovani donne di 20 anni è facile dedurre da cosa si andrà incontro.

Di fronte a questa tragedia di

massa la dottoressa Cilumbriello ha deciso, sette anni fa, di mettersi in gioco. Si è "arruolata" nelle file dell'Aidos ed è partita per il fronte. La sua prima meta? Il campo profughi di Jabalia, a Gaza, in Palestina.

"Abbiamo creato, in collaborazione con la Red Crescent Society, un centro di salute per le donne del posto. Un centro con una caratteristica peculiare, come peraltro tutti quelli creati da Aidos: il personale è rigorosamente composto da donne, dalla direttrice alla psicologa, dall'avvocata alla signora delle pulizie. Come al solito, il nostro primo compito era quello di selezionare personale esperto, peraltro scarsissimo a causa di una educazione professionale spesso insufficiente, e formare il team secondo i protocolli dell'Onu su gravidanza, parto e puerperio" ha spiegato.

Dipanare poi la matassa dei diritti e dei dogmi contrapposti, ossia il rispetto per la salute della donna contro quello delle tradizioni culturali locali, è stato arduo. "Avere dei figli in queste realtà assume un significato politico specifico: più la donna procrea, più mette a disposizione del popolo forze in grado di combattere il nemico, e più assume autorità di fronte alla comunità. Questo crea nelle donne uno stato di ansia intollerabile, al punto che anche le giovanissime, se a stretto giro di posta non rimangono incinte, arrivano a chiedere trat-



La dottoressa Antonietta Cilumbriello

tate e ha messo a disposizione la sua professione di ginecologa per consentire alle donne di Palestina, Nepal, Giordania e Venezuela di poter decidere consapevolmente della propria salute. E non solo. Un lavoro non facile soprattutto quando si opera in Paesi dove la partita per l'autodeterminazione femminile è in buona parte ancora da giocare, e pregiudizi arcaici ne rallentano la conclusione.

Antonietta Cilumbriello opera in qualità di esperta per l'Associa-

tamenti di fecondazione aggiuntivi pur di raggiungere lo scopo". È stato anche difficoltoso far capire alle operatrici che il loro *know how* non doveva essere considerato come un'arma di superiorità culturale, ma doveva essere messo a disposizione delle donne per aiutarle nel processo di autodeterminazione: "Non appena le operatrici del centro sono riuscite a mischiarsi con la gente, e a veicolare le conoscenze che esse per prime avevano fatte proprie, il centro è cresciuto. A distanza di sette anni possiamo dire di aver ottenuto risultati enormi, a partire dal fatto che i centri, a dispetto della guerra, hanno continuato ad operare e sono divenuti un punto di riferimento quotidiano per le donne".

Ma la più grande soddisfazione è stata quella di aver creato il terreno adatto a consentire alle donne di condividere problematiche scottanti (spesso derivanti da episodi di violenza di genere, magari all'interno del nucleo familiare), che vanno da un difficile rap-

porto con la propria sessualità, alla persistenza di enuresi in età avanzata; alle cause del disagio, concorre uno sfondo politico disperante, la sensazione costante di vivere oppressi da un giogo. "Un processo graduale, che ha portato anche a scardinare certi tabù; per esempio, abbiamo fat-

Una conferma di vita e una conferma sul modo di essere medico

to leva sulle donne più anziane, investite di un ruolo di leadership de facto, per comunicare alle giovani che l'esplorazione vaginale non avrebbe ucciso il bambino che portavano in grembo, o che l'introduzione dello speculum non è una violazione del corpo tout-court. Innovativa quanto fonda-

mentale, l'introduzione e la formazione di un *male counsellor*, che spiegasse agli uomini i principi e l'importanza della salute sessuale e riproduttiva e i diritti umani delle donne".

La dottoressa Cilumbriello è tornata a Gaza più volte, e ha portato avanti la sua opera anche in Nepal ed in Giordania dove, in collaborazione con il ministero della Sanità, sta per concludersi un progetto che assicurerà il completamento del percorso di cura; un percorso di continuità, che, ad esempio, inizia con la preparazione al parto presso il centro e termina con la nascita in strutture che hanno beneficiato della formazione Aidos. Un'esperienza di vita e una conferma sul modo di essere medico: "Sono sempre stata convinta che l'arte della cura si costruisca relazionandosi, ascoltando, accogliendo l'altro. Il lavoro con Aidos rende evidente che l'aspetto scientifico resta fondamentale, ma lo strumento terapeutico da restituire nasce sempre dall'ascolto dell'altro". ■

A Duno in Valcuvia un tempio per il medico

Un luogo simbolico e unico nella penisola, di solidarietà, riflessione e memoria per quanti esercitano la professione medica

di Pier Maria Morresi (*)

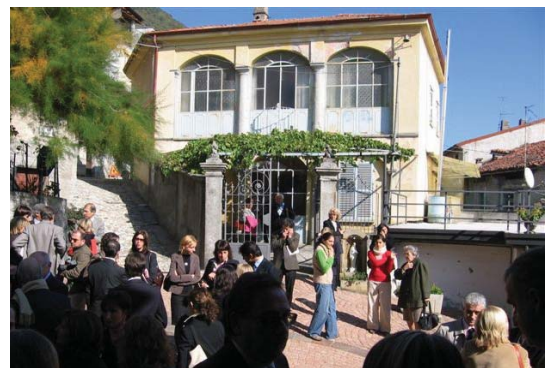
Duno è il più piccolo Comune della Provincia di Varese a 525 metri sul mare nel cuore della Valcuvia e, dopo la sua riscoperta, nuovamente nel cuore dei medici. Nel Tempio di Duno, unica chiesa dedicata ai medici in Europa e probabilmente nel mondo, domenica 16 ottobre sono stati ricordati due medici italiani scomparsi in servizio. La significativa iniziativa, promossa dall'Ordine dei Medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Varese, ha ricordato in particolare, in prossimità di San Luca, medico ed evangelista, due coraggiosi colleghi: Lorenzo Bignamini deceduto a Milano l'8 agosto 2003 e Maria Bonino, scomparsa a Luanda in Angola il 24 marzo 2005.

Alle 12, dopo la Messa "pro vivis atque defunctis" all'interno del Sacrario è stata benedetta la targa in marmo con i nomi dei due colleghi scomparsi. Con familiari e colleghi hanno partecipato Eolo Parodi, presidente Enpam; Attilio Fontana, presidente del Consiglio della Regione Lombardia,

presidenti degli Ordini dei Medici di Lombardia e Piemonte; l'assessore provinciale ai "servizi sociali"; sindaci, medici e consiglieri provinciali. Ho fatto gli onori di casa come presidente dell'Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Varese.

L'occasione è stata propizia per ricordare ai presenti la storia del singolare Tempio votivo dei Medici d'Italia, voluto da don Carlo Cambiano per 40 anni vicario spirituale. Fu consacrato il 25 agosto del 1938 da Alessandro Macchi, Vescovo di Como. Era stato costruito sulle linee architettoniche disegnate dall'architetto Cesare Paleni di Bergamo ed impreziosito prima dal grande portale bronzeo e da mosaici e dipinti in gran parte opera di medici artisti, poi da una statua di San Luca che Pio X aveva donato a don Luigi Guanello. Sui marmi, che ricoprono ormai pressoché totalmente le pareti del Tempio, ben presto si iniziarono a scolpire i nomi di tanti medici che erano morti e si erano sacrificati. Dapprima quelli caduti per la Patria, in guerra, poi la serie si allungò nel tempo ed il marmo prese ad accogliere anche i nomi dei sanitari morti nell'esercizio della loro professione. Dopo un lungo periodo di oblio nell'ultimo triennio la tradizione è stata ripresa. L'intenzione è di rivitalizzare questo luogo che è sia un Tempio che sottolinea il valore alto "sacro" dell'impegno del medico, sia un luogo di memoria grata per alcune figure di

medici particolarmente care. Un luogo quindi sia di gratitudine che di formazione delle coscienze, un luogo per medici "navi-



Numerosi i medici intervenuti

gati" e magari con responsabilità istituzionali importanti, ma anche per i giovani laureati che si stanno appena affacciando all'esser medici. Una giornata quella di domenica 16 ottobre, che è stata anche, come sottolineato dal presidente Parodi nella sua allocuzione, un'occasione per riflettere sulla medicina e sulla professione chiamata come non mai a confrontarsi con importanti sfide etiche. Una nuova sfida parte da Duno: con una azione sinergica di Ordine dei Medici, Facoltà di Medicina dell'Università dell'Insubria, Comune, Provincia, Regione ed altre Istituzioni, catalizzata dal presidente Parodi, l'edificio posto di fronte al Tempio potrebbe diventare sede di un Centro di Studi sul Medico. Punto fisico di riferimento nello sviluppo della coscienza e nella crescita morale alla quale ogni medico è chiamato. ■

(*) *Presidente dell'Ordine dei medici di Varese*



Un momento della celebrazione

< Pubblicità >



Novecento parole con le quali James D. Watson e Francis H. Crick descrivevano la formazione "a doppia elica" del DNA, segnando l'avvento di una nuova rivoluzionaria era per la scienza. Una breve comunicazione dal lapidario titolo "A Structure of Deoxyribose Nucleic Acid", definita ben a ragione "la Stele di Rosetta della biologia".

Novecento parole per passare

Crick e Watson spedirono la loro scoperta del DNA alla rivista Nature il 2 aprile 1953. Così cambiò la storia della biologia e un po' quella dell'uomo

di Luciano Sterpellone

Come è noto, la famosa stele (un blocco di basalto nero reperito nel 1789 dai soldati di Napoleone in Egitto, datata 197 a.C. e recante iscrizioni in egizio geroglifico e demotico, e in greco) fornì a J.F. Champollion la chiave per decifrare l'antica lingua degli Egizi: allo stesso modo, la definizione della conformazione a doppia elica dell'acido desossiribonucleico ha fornito agli scienziati la chiave per comprendere su basi chimiche il "linguaggio" della sua replicazione e della trasmissione dei caratteri ereditari.

Tutto era partito dalla scoperta fatta poco meno di un secolo prima da un giovane fisiologo svizzero: nel nucleo (in pratica nella testa) degli spermatozoi di un salmone che aveva catturato nel Reno presso Basilea, J. F. Miescher riscontrò una sostanza cui diede il nome di nucleina. Era il 1869. La nucleina si era poi rivelata una sostanza acida, e il suo nome era stato quindi mutato in "acido nucleico"; in esso A. Kossel (poi premio Nobel 1910) riscontrò la presenza di quattro basi azotate: due purine (adenina e guanina) e due pirimidine (citosina e timina), rispettivamente indicate con le iniziali A,G,C,T.

Un altro passo in avanti fu compiuto da P.A. Levene, il quale osservò nel 1910 che mentre gli acidi nucleici dei vegetali contengono uno zucchero (ribosio), quelli degli animali contengono lo stesso zucchero ma con un atomo di ossigeno in meno (desossiribosio): questo acido nucleico fu pertanto denominato acido

**Si aprì
una nuova
rivoluzionaria
era scientifica**

desossiribonucleico o DNA (= DeoxyriboNucleic Acid). Altra grande intuizione di Levene fu che allo zucchero fosse legata un'altra sostanza, il fosforo, oltre che una base purinica o pirimidinica (l'insieme dei tre composti fosfato+zucchero+base fu detto nucleotide). Successivamente si vide che il DNA è in realtà una molecola lunga e sottile co-

stituita da diverse migliaia di nucleotidi e si ipotizzò che questi fossero "legati tra loro a formare una catena con le basi proiettate in fuori ad angolo retto": un po' come i denti del pettine. In questa fase delle conoscenze cominciarono a tradursi in "quasi certezze" i sospetti che il DNA potesse avere funzione di vettore dei caratteri ereditari.

Nei primi anni 1950 James Watson -ventitré anni, americano, genetista, ex "ragazzo prodigio"-, vince una borsa di studio presso il Centro di Cristallografia nel Cavendish Laboratory di Cambridge (Inghilterra), ove incontra Francis Crick, inglese, fisico, dodici anni più grande di lui. È l'incontro determinante: durante le loro colazioni all'Eagle Pub, vicino al Cavendish, discutono freneticamente su quale può essere la "forma" della molecola del DNA, e se realmente questo è coinvolto nella trasmissione dei caratteri ereditari (a quel tempo ancora nessuno l'ha dimostrato in modo certo).

La prima dimostrazione in tal senso viene data da una giovane ricercatrice, Elena Ottolenghi-Nightingale, che riesce a introdurre in cellule embrionali di topi al-

bini DNA estratto da cellule adulte di topi neri: due settimane dopo, nei primi si verifica sintesi di melanina, prova che il DNA ha trasportato quel "carattere". Nel lavoro pubblicato dalla Ottolenghi non compaiono però mai i termini "genetico" o "trasformazione", per cui esso passa praticamente sotto silenzio. All'epoca, il grande chimico L. Pauling ha ipotizzato che il DNA



D. Watson

ma del DNA può essere molto più semplice di quella sin'allora immaginata: due filamenti (non più tre!) di acido desossiribonucleico disposti all'esterno e le basi all'interno (e non viceversa!). Frettolosamente tracciò a matita sul retro di un giornale uno schizzo: era una scala a chiocciola con tanti pioli.

Seguendo questo schema, i due ricercatori osservarono che una

alla storia della medicina

mostra struttura elicoidale, con i gruppi di acido fosforico che formano la catena e con le basi che si irradiano verso l'esterno. Ma questo modello male aderisce al presupposto che le basi debbano essere unite tra loro con legami di idrogeno. Restano insoluti perciò, e si moltiplicano, altri problemi: la spina dorsale della molecola di DNA è diritta o avvolta a elica? È singola oppure doppia o tripla? E in quale modo le basi sono attaccate alla spina dorsale: sul lato esterno come le setole dello spazzolino pulisci-bottiglie o -se l'elica è doppia o tripla- sono disposte internamente o esternamente? E qual è la loro successione?...

È impossibile qui descrivere le infinite esperienze condotte al riguardo dai numerosi ricercatori: vale solo dire che tutti i modelli costruiti da Watson e Crick possedevano lo scheletro di zucchero e fosfato che si avvolgeva intorno a un asse mediano con le basi aggettanti ad angolo retto. Il loro modello migliore prevedeva tre di queste catene. Ma nessuno di questi modelli reggeva alla spietata verifica degli esami diffattografici effettuati dal fisico irlandese Maurice H. Wilkins (che si era affiancato nelle ricerche) e dalla sua preziosa collaboratrice Rosalind Franklin.

Watson e Crick vollero allora affrontare il problema sotto un'al-



La doppia elica del DNA

tra angolatura: in quale modo il DNA veicola la sua informazione, e perché ogni nuova cellula (risultante dalla divisione della cellula madre) riceve una copia perfetta del suo DNA? I due intuirono allora che è la sequenza delle basi lungo il DNA l'elemento che controlla l'ordine in cui gli aminoacidi si allineano per formare proteine: donde la necessità di chiarire questa sequenza e la disposizione delle basi lungo la catena del DNA.

Una quantità enorme di ritagli di cartoncini colorati che i due ricercatori usavano per costruire i loro modelli molecolari ingombrava il tavolo e il pavimento della stanza di lavoro. Finché un giorno (era il 31 gennaio 1953), mentre si trovava sul treno che lo riportava a Cambridge, Watson ebbe l'idea folgorante: la for-

coppia adenina-timina, unita da due legami di idrogeno, ha la stessa forma e le stesse dimensioni molecolari di una coppia citosina-guanina. Ergo, "...una base adenina di una catena si lega sempre con un ponte idrogeno ad una base timina dell'altra catena; allo stesso modo la guanina si appaia sempre con la citosina".

Di qui la constatazione che le due catene della molecola sono complementari tra loro. Il corollario fu quasi automatico: distendendosi, ciascuna catena può comportarsi come stampo di una nuova catena complementare, da una cellula, possono così formarsene due perfettamente identiche.

Appena due mesi dopo, l'enorme modello della struttura del DNA costruito a mano da Crick e Watson era definito: una doppia elica di fili metallici nella quale le basi erano rappresentate da lucidi dischetti policromi ...

Per questa scoperta, a Watson, Crick e Wilkins fu assegnato il prestigioso Premio Nobel nel 1962. Quel felice giorno, però, quasi nessuno si ricordava più di Rosalind Franklin, che pure vi aveva contribuito in modo determinante.

Dopo avere appreso - a soli 37 anni di essere affetta dal cancro - aveva voluto continuare a lavorare sino alla morte intorno all'ambizioso progetto. ■

Il territorio è stato diviso in sette zone di difesa

Piano ospedaliero francese per far fronte al terrorismo

Prevista la localizzazione di nosocomi in base alle varie specializzazioni e al rischio. Nel caso di qualsiasi "evento catastrofico" entra in azione il Servizio di assistenza medica d'urgenza

di Sara Mero

Anche la Francia, come ormai numerosi paesi del mondo, deve misurarsi con la minaccia terroristica. Nel quadro del *Plan Gouvernemental Vigipirate* (piano governativo di vigilanza, prevenzione e protezione generali su tutto il territorio nazionale), i piani "BIOTOX" (rischio biologico), "PIRATOX" (rischio chimico-tossico) e "PIRATOME" (rischio nucleare e radioattivo) coinvolgono prioritariamente il settore sanitario. Dal 3/5/2002 una circolare interministeriale impone a tutte le strutture sanitarie l'elabo-

torio. Elaborato a partire da questi diversi livelli di intervento, ogni Piano Bianco[3] deve essere periodicamente aggiornato e, in ogni caso, è annualmente riesaminato.

Nella gestione della crisi provocata da un evento catastrofico (indipendentemente dal carattere doloso o accidentale di quest'ultimo), il primo attore a rendersi operativo è il Servizio di Assistenza Medica d'Urgenza (SAMU) che, una volta verificata l'attendibilità dell'allerta ricevuta, attiva il *Plan Rouge* (Piano Rosso): questo si distingue dal Piano Bianco perché relativo al trattamento delle vittime esclusivamente in fase preospedaliera. Tale piano definisce l'insieme delle "procedure di soccorso d'urgenza da intraprendere allo scopo di porre rimedio alle ripercussioni di un evento che provochi o possa provocare numerose vittime"[4]. L'intervento è coordinato dal Direttore dei Soccorsi Sanitari, che, in linea di mas-

le cure di pronto soccorso. In caso di catastrofe da rischio Nucleare, Radioattivo, Biologico o Chimico (NRBC), il Presidio Medico Avanzato è affiancato da un'unità mobile di decontaminazione. La zona di accoglienza delle persone coinvolte[5] e dei traumatizzati psichici accertati compete invece alla Cellula d'Urgenza Medico-Psicologica, anch'essa attivata dal SAMU: la presenza di un medico vi è indispensabile per confermare la reale assenza di lesioni organiche eventualmente trascurate a livello di Presidio Medi-

**Procedure
di soccorso
d'urgenza
da intraprendere**

razione di un *Plan Blanc* (Piano Bianco), per far fronte ad un improvviso e massiccio afflusso di vittime. Il territorio della Francia metropolitana (Corsica inclusa) è stato così diviso in sette "zone di difesa", all'interno di ciascuna delle quali è stato identificato un ospedale "di riferimento"[1]. Questo svolge un ruolo di coordinamento tecnico a livello, appunto, zonale ed è immediatamente allertato in caso di situazione di crisi ingestibile a livello di dipartimento[2]. L'organizzazione dipartimentale prevede inoltre la designazione di ospedali individuati in base alle rispettive specializzazioni e al rischio considerato, così da costituire una rete di competenze omogenea e distribuita sul terri-

**Urgenze
assolute
da trattare
entro 6 ore**

co Avanzato. Infine, il trasferimento dei pazienti negli ospedali avviene in funzione della patologia e delle disponibilità di accoglienza e di trattamento ospedalieri (compute dallo stesso SAMU in fase di allerta conclamata) nella zona geografica coinvolta.

Il Piano Bianco è dunque redatto in base all'attività svolta sul luogo della catastrofe. Poiché, tuttavia, una quota rilevante di vittime si reca in un qualunque ospedale senza preventivo smistamento, ogni struttura ospedaliera (pubblica, privata o convenzionata) deve poter garantire un alto livello di organizzazione e di coordinamento delle sue diverse componenti: questo è precisamente il compito dell'Unità di Crisi, la cui

**L'azione
di fronte
a vittime
numerose**

sima, è il medico responsabile dello stesso SAMU. Il *Plan Rouge* mira essenzialmente all'identificazione delle Urgenze Assolute, da trattare entro le sei ore) e delle Urgenze Relative, il cui trattamento può essere differito) attraverso l'installazione di un Presidio Medico Avanzato, che somministra anche

allerta si accompagna simultaneamente all'attivazione del Piano Bianco. In contatto costante con il SAMU, essa si compone dei principali responsabili dell'ospedale cui, a seconda della natura della catastrofe, si aggiungono figure specializzate nella gestione del rischio in causa. Schematicamente, l'Unità di Crisi svolge le seguenti funzioni:

- determina il codice di gravità del Piano Bianco in base all'evento cui si deve far fronte;
- quantifica le disponibilità di ospedalizzazione per ottimizzare la suddivisione dei pazienti nei reparti e monitorarne tutti i movimenti;
- identifica e distribuisce i mezzi in funzione dei bisogni;
- organizza l'accoglienza delle famiglie, dei media e delle autorità;
- garantisce la comunicazione interna ed esterna.

Una volta confermato lo stato di allerta, l'Unità di Crisi trasmette al personale presente in loco l'obbligo di non abbandonare l'ospedale e attiva simultaneamente le procedure prestabilite di richiamo del personale (messaggi preregistrati, chiamate "a catena"). I blocchi operatori sono liberati e i loro programmi alleggeriti; il centro emotrasfusionale è immediatamente allertato. Tutta l'attività di elezione è procrastinata. I pazienti il cui stato di salute lo permetta sono spostati nei reparti meno coinvolti dalla crisi oppure trasferiti ad altro ospedale, così da evitare la paralisi nel funzionamento abituale dell'ospedale, che deve essere salvaguardato per l'attività ordinaria.

Il Pronto Soccorso[6] e tutto il Dipartimento Emergenza Accettazione sono le prime strutture interessate. Una volta separate le Urgenze Relative dalle Urgenze Assolute, queste ultime sono ulteriormente suddivise in:

- urgenze estreme (pericolo di vita immediato);
- urgenze primarie (pericolo di vita potenziale).

Ai fini dell'identificazione, è applicato a tutte le urgenze un braccialetto di colore standardizzato.

Un braccialetto colorato per riuscire a identificare vittime e patologie

L'Unità di Crisi è informata della gravità e dell'identità di ciascuna delle vittime e, in base alla patologia dominante e al numero delle vittime, può decidere di allertare solo alcuni dei reparti dell'ospedale ("Piano Bianco settoriale"). Quanto all'accoglienza delle famiglie, oltre all'assistenza telefonica (linee potenziate e numero di telefono dedicato all'attivazione del Piano Bianco), dei locali sono messi a disposizione dei familiari giunti in ospedale, per evitare ogni intralcio alla rete dei soccorsi. In casi estremi, l'Unità di Crisi può sospendere le visite. Di qui la neces-

sità di regolare la circolazione all'interno e nelle immediate vicinanze dell'ospedale. Poiché la legge francese impedisce alle forze dell'ordine l'accesso alla struttura, il Piano Bianco deve individuare, all'interno di essa, assi di circolazione a senso unico e aree di parcheggio riservate al personale, alle famiglie, ai media e alle autorità.

In caso di catastrofe da rischio NRBC, tutti gli ospedali devono prevedere un circuito di accesso protetto od essere pronti a vietare l'entrata. Al fine di tutelare la struttura ed il suo personale, un percorso prestabilito dirige tutte le vittime verso un'unità di decontaminazione posta davanti all'entrata dell'ospedale. La vittima potrà essere ricoverata solo dopo la verifica dell'avvenuta decontaminazione.

- [1] Eccezion fatta per le zone Ovest ed Est, che ne contano due.
- [2] Il dipartimento francese è un'unità territoriale che, in Italia, corrisponderebbe ad un organismo intermedio tra provincia e regione.
- [3] Il Piano Bianco è approvato dal collegio deliberativo dell'ospedale su proposta del Direttore Generale.
- [4] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, *Plan blanc et gestion de crise. Guide d'aide à l'élaboration des schémas départementaux et des plans blancs des établissements de santé*, finito di stampare nell'aprile 2004, pagg. 26-27.
- [5] Per persona coinvolta si intende chiunque, trovandosi in prossimità del luogo della catastrofe, non riportando lesioni organiche.
- [6] Anche se, in linea di principio, è previsto che l'accoglienza delle vittime si svolga altrove. ■



< Pubblicità >

< Pubblicità >

ARTERIE: ELISIR DI LUNGA VITA DALLO STOMACO

Si chiama GH-relina e ha tutta l'aria di essere un importante alleato della salute delle nostre arterie. A dimostrarlo, con uno studio pubblicato a novembre su *Circulation*, sono Carmine Cardillo, dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e Manfredi Tesaro dell'Università Tor Vergata di Roma. In particolare lo studio ha rilevato che la somministrazione per via endovenosa di GH-relina in individui affetti da sindrome metabolica sarebbe in grado di ripristinare la funzione endoteliale, ovvero la risposta vasodilatatoria in seguito ad infusione di acetilcolina. Questo effetto sarebbe mediato da

un'aumentata biodisponibilità di ossido nitroso, un potente vasodilatatore endogeno, visto che la sua inibizione (ottenuta mediante infusione di L-NMMA) blocca la risposta vasodilatatoria all'acetilcolina, indotta dalla GH-relina. La sindrome metabolica rappresenta una minaccia sempre più grave per la salute nel mondo occidentale, in particolare per l'aumentato rischio di malattie cardiovascolari che questa comporta. Studi condotti in passato hanno dimostrato che questa condizione si associa ad un aumentato livello di citochine infiammatorie circolanti che a loro volta posso-

no contribuire alla disfunzione endoteliale, la primissima fase della malattia aterosclerotica. La GH-relina è un ormone di recente individuazione, prodotto dallo stomaco e dotato di recettori sia a livello ipotalamico e ipofisario (attraverso i quali provoca il rilascio di GH), che a livello del sistema cardiovascolare e dei linfociti circolanti. Questo ormone sarebbe dotato di potenti proprietà anti-infiammatorie, che si esplicano in particolare attraverso l'inibizione di alcune citochine, quali interleuchina-1 beta, interleuchina-6 e tumor necrosis factor-alfa; questo studio dimostra che i suoi livelli sono ridotti nei pazienti con sindrome metabolica e disfunzione endoteliale e che la sua somministrazione è in grado di aumentare la biodisponibilità di ossido nitroso e quindi di ripristinare una normale funzione endoteliale.

(*Circulation*, novembre 2005)

a cura di
Maria Rita
Montebelli

Datori di lavoro... SALVA-CORONARIE

Molti studi hanno già dimostrato che lo stress lavorativo rappresenta un fattore di rischio per malattie cardiovascolari di primaria importanza. Da questo punto di vista lo studio di Mika Kivimäki e colleghi, del *Finnish Institute of Occupational Health* (Helsinki, Finlandia), pubblicato su *Archives of Internal Medicine*, rappresenta un po' la prova del nove. I ricercatori finlandesi hanno dimostrato che un ambiente lavorativo sereno, corretto e "giusto" rappresenta, a lungo termine, addirittura un fattore protettivo per le coronarie. La constatazione nasce dall'esame dei dati relativi a 6442 uomini inglesi impiegati presso 20 diversi uffici di Londra. Il "senso di giustizia" sul posto di lavoro è stato misurato in due periodi diversi (1985-1988 e 1989-1990) e rilevato sulla base di un questionario compilato dai diretti interessati. A seconda del punteggio gli impiegati sono stati divisi in tre gruppi e lo stato di salute delle loro coronarie è stato monitorato nel periodo compreso tra il 1990 ed il 1999.

Tra gli impiegati che percepivano come "equo" l'ambiente lavorativo il rischio di coronaropatie è risultato del 30% minore rispetto a quelli che lo percepivano come per niente o mediamente improntato ad un senso di giustizia. E questo indipendentemente dalla presenza o meno dei fattori di rischio classici ma anche da altre variabili psicosociali lavorative quali lo stress sul posto di lavoro o il disequilibrio tra impegno lavorativo e ricompensa. Ma cos'è che fa percepire come "giusto" l'ambiente lavorativo? Secondo gli esperti sono una serie di fattori tra i quali la sensazione che il superiore tiene in considerazione il punto di vista del dipendente, condivide informazioni relative al decision-making e tratta le persone in maniera leale e aperta.

(Kivimäki M, et al. *Justice at Work and Reduced Risk of Coronary Heart Disease Among Employees: The Whitehall II Study*. *Arch Intern Med* 2005; 165:2245-51)



< Pubblicità >

< Pubblicità >

< Pubblicità >

< Pubblicità >

Il nostro giornale su Internet: è un boom di domande e risposte

Migliaia di medici "sfogliano" il nostro mensile sul sito dell'Ente. Cliccando su www.enpam.it si trovano i numeri pubblicati dal 2003 ad oggi. L'inserimento delle News periodicamente aggiornate. Tornano le informazioni relative alle convenzioni alberghiere

Il numero di medici (sono centinaia e centinaia) che si collegano settimanalmente alle pagine web del "Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri", all'interno del sito Internet dell'Enpam, aumenta costantemente. E' una tendenza, questa, che trova una naturale spiegazione nell'arricchimento delle informazioni contenute frutto di un

particolare di grande importanza) tutti gli articoli potranno essere stampati per intero. Per civetteria sottolineiamo che nell'anno 2003 il giornale era composto con una formula grafica "vecchia" rispetto all'attuale, ma, a ben vederlo, pur sempre pieno di fascino. C'è di più: è stato realizzato il box "In primo piano" dove

scorrono gli articoli di maggiore interesse relativi all'ultimo numero in distribuzione. Sempre tra le novità hanno trovato ampio spazio le Notizie che si possono leggere sotto la voce: "Per accedere alle News".

È un'altra serie di pagine web dove sono riportate

parole si tratta di stabilire un nuovo articolato e, speriamo, simpatico dialogo tra noi e coloro che stimano il nostro giornale.

Sul sito Enpam compare sempre la lista degli alberghi italiani, di proprietà dell'Ente, disponibili a fare sconti ai medici dietro l'esibizione della tessera di iscrizione all'Ordine.

Il Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri è inserito nel più ampio sito Internet dell'Enpam, che offre la possibilità di aprire numerose altre pagine inerenti specificamente le notizie previdenziali: in particolare basta cliccare sulla parola "contatti" per trovare tutti gli uffici di cui l'Ente si compone con i relativi riferimenti telefonici. ■

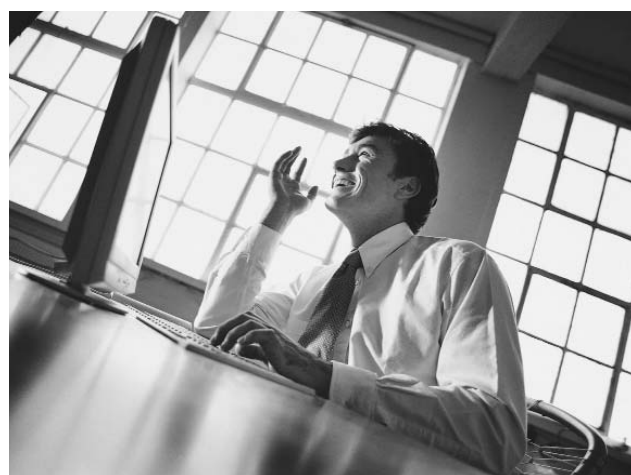
C.C.



notevole lavoro redazionale. Attualmente, in queste pagine web vengono inseriti tutti i numeri pubblicati a partire dal 2003. Facciamo un esempio: all'interno della voce "Archivio numeri precedenti" gli iscritti potranno trovare i giornali completi del 2003, 2004 e 2005. Cliccando comparirà il nostro giornale: basterà stabilire quale numero si vuol visionare e le pagine compariranno in tutta la loro interezza. Non solo, ma (per noi questo è un

tate ulteriori notizie di particolare interesse scientifico. Inutile sottolineare che sarà proprio cliccando per curiosità che si potranno trovare via via interessanti argomenti in continua evoluzione temporale.

Ancora una segnalazione: le pagine web del "Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri" sono state dotate della possibilità, semplicemente cliccando su giornale@enpam.it, di scrivere una email alla redazione; in poche



Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

DIZIONARIO DEL SESSO E DELLA SESSUALITÀ

Con questo lavoro Luciano Sterpellone, come dice il sottotitolo dell'opera, riesce a spiegare "tutto quello che avete sempre voluto sapere sul sesso e la sessualità e non avete mai osato chiedere". In effetti gli argomenti trattati in modo chiaro ed essenziale secondo le interpretazioni più aggiornate e accettate, risulteranno di pratica utilità tanto ai giovani quanto agli adulti. Questo dizionario assicura una precisa risposta a tutti quei quesiti che spesso ci si pone, con imbarazzo o con molte incertezze, quali il funzionamento dell'apparato riproduttivo e le sue disfunzioni; gli aspetti psicologici ed emotivi della sessualità e dell'innamoramento; le deviazioni sessuali; i vari modi di realizzare l'amplesso amoroso; le diverse patologie dell'apparato riproduttivo, le malattie veneree e il loro rischio di trasmissione; i metodi di contraccezione; l'omosessualità e l'eterosessualità. Tutte le questioni sulla sessualità, che risultano essere una delle problematiche più discusse dei nostri tempi e della nostra cultura, trovano in questo lavoro un facile e immediato accesso grazie alla indovinata soluzione adottata dall'autore di riportarle, con il criterio proprio dei dizionari, in stretto ordine alfabetico.

Luciano Sterpellone

DIZIONARIO DEL SESSO
E DELLA SESSUALITÀ

Newton & Compton Editori, Roma

pp. 255, € 12,90.

L'UOMO DI RISPETTO

Ormai pensionato, Salvatore Cutaia, durante una visita all'isola natia, ha riletto una raccolta di proverbi siciliani compilata dalla sorella. Ispirato dalla

logica di certi detti siciliani e dalla concettosa musicalità delle formulazioni, ne ha scelti undici per commentarli con la narrazione di storielle di tipica ambientazione siciliana tratte dalla letteratura e dai ricordi della sua infanzia. In queste storie la morale è tratta dalla mentalità e dal comportamento tipici degli uomini di rispetto, i cui sentimenti e il cui agire vengono condizionati dal codice d'onore che sono tenuti a rispettare. Un simile modo di pensare non è certamente il solo nella cultura del popolo siciliano, che ha vissuto l'avvicinarsi nei secoli di popolazioni tanto diverse come i Cartaginesi, i Greci, i Romani, i Normanni, gli Arabi, gli Spagnoli, i Francesi, i quali, tutti, hanno lasciato segni tangibili non solo nei costumi e nel linguaggio, ma anche nei cromosomi dei siciliani. Cutaia sa, però, che questa mentalità rappresenta uno degli aspetti più caratteristici e noti della terra siciliana ed egli la racconta con la semplicità e la bonaria ironia del suo carattere affinato dall'esperienza professionale di chi si è abituato a trattare con i bambini.

Salvatore Cutaia

L'UOMO DI RISPETTO

Via Piave 29/D Mestre (VE)

pp. 48

IN ATTESA DELLA NOTTE

Sillogi poetica di Giovanni Scribano le cui liriche esprimono, in un vorticoso gioco espressivo e in un eufonico uso delle parole, i sogni, le paure, le utopie, le immagini estatiche, gli intricati quesiti, i siderei orizzonti, le percezioni mutevoli, le voragini tenebrose in cui, irruente e speranzoso, di volta in volta il suo animo si imbatte.

Con un grande turbinio di visioni e

sensazioni il poeta vuole dar conto della dolorosa esistenza dell'uomo, dell'impetuosità dei sentimenti, delle contrastanti motivazioni del vivere, dell'insensata esuberanza della giovinezza. Un verseggiare, quello di Scribano, niente affatto facile da decifrare, la cui chiave interpretativa può essere risolta in un ricercato e concettoso mezzo espressivo, prossimo ad un eccitato, sofferto vaticinio che richiede da parte del lettore un'attenzione più emotiva che razionale.

Giovanni Scribano

IN ATTESA DELLA NOTTE

Libroitaliano, Caltanissetta

pp. 56 € 10,00.

SEMEIOTICA E METODOLOGIA CHIRURGICA

Questo manuale di Mariano Cherubini, dedicato in particolare agli studenti di medicina che si inseriscono per la prima volta in corsia, è una raccolta di spunti da ampliare ricorrendo anche ai ponderosi testi letti e riletti nel corso degli studi. L'essenziale esposizione degli argomenti e la prevalenza di elencazioni sintetiche e di grafici, grazie ad una ragionata impostazione delle argomentazioni di semiologia e di metodologia chirurgica, mirano a fornire una guida sicura allo studente di questa materia che gli faciliti una integrazione teorica e pratica presso il letto dell'ammalato.

È questa una guida che vuole indirizzare ad un apprendimento non rigido ed esclusivo, ma capace di sviluppare una forma mentis propensa ad adeguarsi alla continua evoluzione delle indagini metodologiche, al perfezionarsi della strumentazione medica, all'aggiornarsi delle possibilità diagnostiche e terapeutiche, nonché alla sempre più sentita necessità di una maggiore comprensione e considerazione dell'individualità del malato per assicurargli non solamente la guarigione, ma anche un adeguato reinserimento nella famiglia e nella società.

Mariano Cherubini

SEMEIOTICA E METODOLOGIA
CHIRURGICA

Edizioni Goliardiche, Trieste

pp. 154, € 28,00.

WILD ONION

L'avventura americana di un medico italiano che, dopo averli conosciuti in una più felice occasione di piacere, ritorna negli Stati Uniti per lavoro, permette a Enzo Marsili di presentare in questo libro aspetti meno noti della vita di quel paese. Il racconto si sofferma non sulle decantate possibilità di successo e di guadagno offerte agli individui intraprendenti, ma, preferibilmente, su quelle meno conosciute, dell'impegno lavorativo incondizionato, delle pur umane invidie personali, dei non sempre amichevoli rapporti con i colleghi di lavoro, dell'essere considerati in fondo diversi perché stranieri anche in quella nazione cosmopolita e ricca dove, però, non mancano sacche di povertà e degrado. Il confronto fra l'organizzazione sanitaria americana e quella italiana, da cui proviene il protagonista della storia, porta Marsili a formulare giudizi severi sulla sanità del nostro paese. Questo non è però un tedioso libro di critica dell'organizzazione sanitaria o del costume, è invece la narrazione assai efficace di un'esperienza che molti medici sognano di fare, raccontata, certamente nei limiti di una storia personale che non sarà mai uguale per altri professionisti, con uno stile piacevole e fluido e ravvivata da un intreccio di scappatelle e avventure sentimentali, da interessanti rapporti interpersonali e da ben fatte descrizioni ambientali.

Enzo Marsili

WILD ONION

Greco & Greco Editori, Milano

pp. 263, € 11,50.

**GUILLAIN-BARRE SYNDROME
PATHOLOGICAL, CLINICAL AND
THERAPEUTICAL ASPECTS**

Silvia Iannello ha pubblicato negli USA, in lingua inglese, un libro che tratta gli aspetti fisiopatologici, clinici e terapeutici della sindrome di Guillain-Barre, nota anche come polineuropatia post-infettiva o polineurite acuta idiopatica. Questa malattia, la cui patogenesi è ancora sconosciuta, presenta un decorso clinico severo con numerose gravi complicanze e può essere recidiva. Le sue manifestazioni possono essere

acute o croniche, a seconda della durata, e temporanee o permanenti, a seconda del grado di distruzione neuronale. Può colpire tanto le persone anziane, quanto i bambini e, seppur raramente, le donne in gravidanza. Il testo, che riporta un'ampissima bibliografia sull'argomento, esamina dettagliatamente tutti gli aspetti di questa sindrome: le possibili cause patologiche e predisponenti, le sue varianti, la diagnosi e la terapia. Fornisce tutte le più aggiornate notizie per il neurologo e l'internista, ma risulterà di grande vantaggio anche al medico di famiglia per il quale riunisce gli elementi e le opportune informazioni atte alla formazione di una buona conoscenza di questa sindrome. Il medico generico potrà così acquisire la necessaria familiarità con la sintomatologia, base essenziale per giungere alla formulazione di una diagnosi quanto più corretta e precoce e alla prescrizione di un'adeguata terapia.

Silvia Iannello

**GUILLAIN-BARRE SYNDROME
PATHOLOGICAL, CLINICAL**

AND THERAPEUTICAL ASPECTS

Nova Biomedical Books, New York

pp. 234

GIÀ CHE SIETE QUI

In questo "diario di un medico di famiglia", Franco Fanzaga racconta un anno della vita e della esperienza professionale di un dottore, realizzando un interessante quadro della varia umanità provinciale e delle burocratiche incombenze del medico generico. Il medico, si sa, è quasi un confessore e le diverse vicende che si intrecciano con la attività del protagonista permettono all'autore di raccontare con sensibilità una serie di casi umani e gli danno l'occasione di tracciare una figura di medico che, sebbene oberato dal lavoro e condizionato nella sua vita familiare dalle esigenze dei pazienti, supera le difficoltà domestiche e i momenti di solitudine e di sconforto trovando il significato della sua vita proprio nella soddisfazione di sentirsi sempre utile per gli altri. Una narrazione coinvolgente, un racconto che dipinge, nelle figure del dottore e dei pazienti, una parte,

forse piccola ma significativa, di umanità osservata dal privilegiato punto di vista di cui può godere un medico, senza però la sufficienza saccente che spesso si riscontra tra le persone che si considerano superiori, ma con l'umorismo, l'ironia e, a volte, con il sarcasmo di chi ha acquisito una profonda conoscenza degli uomini e della vita.

Franco Fanzaga

GIÀ CHE SIETE QUI

Todariana Editrice, Milano

pp. 270, € 15,00

**LA VOCE DELLA COSCIENZA:
L'ANGOSCIA COME
VIA ALLA TRASCENDENZA**

Ispirata all'esistenzialismo di Heidegger, del quale adotta in parte la terminologia, questa ricerca di Lodovico E. Berra vuole proporre l'interconnessione esistente tra l'angoscia, la coscienza e la trascendenza. Particolare attenzione egli rivolge all'angoscia concepita come entità a sé stante e pertanto con caratteristiche non necessariamente patologiche, come tende a considerarla la psicologia, ma facendo in modo di riequilibrarne la visione secondo un'interpretazione più filosofica. La ricerca viene condotta infatti a livello psicologico-psichiatrico, filosofico e narrativo. Quest'ultimo aspetto è sviluppato dalla narrazione di quattro storie presentate non come casi patologici, ma come esperienze vissute che, nel quadro dell'indagine, servono a rafforzare le tesi proposte. Il fine di questo lavoro è tracciare un percorso tramite il quale giungere ad una concezione maggiormente allargata di questo stato mentale, inteso come potenziale campo della trascendenza che si risveglia grazie alle sensazioni proprie dell'angoscia e, nello stesso tempo, quello di proporre un nuovo modo di osservare questa condizione dell'animo che si dimostra capace di condurci ad una diversa percezione della realtà e di noi stessi.

Lodovico E. Berra

**LA VOCE DELLA COSCIENZA: L'ANGOSCIA
COME VIA ALLA TRASCENDENZA**

Il Segno dei Gabrielli Editori

Negarine di S. Pietro in Cariano (VR)

pp. 116, € 10,00

Anche questo mese pubblichiamo brani attinti dalle pagine dei bollettini degli Ordini. L'intento è quello di recuperare notizie interessanti di carattere generale. Vorremmo diventare un *trait-d'union* per colleghi che operano in province lontane tra di loro. Saremo orgogliosi se riuscissimo a facilitare questi "incontri ravvicinati".

Ascoli Piceno

Le basi scientifiche della conoscenza medica

La medicina è una scienza con carattere diverso dalle altre; le sue conoscenze acquisite non hanno carattere incontrovertibile come nel caso della fisica o della chimica. Questo accade perché gli uomini, cioè l'oggetto della medicina, sono tutti diversi tra loro e quello che vale per alcuni di essi o per la gran parte di essi può non valere per gli altri ed in particolare per il caso del singolo individuo.

Negli ultimi decenni sono state elaborate **metodologie di ricerca** che, non solo sono state la base del progresso medico, ma offrono una base al nostro operare molto più solida di quella della esperienza o degli insegnamenti dei nostri grandi Maestri. Queste metodologie sono però restate in gran parte nell'ambito degli addetti alla ricerca. Ci sono molti motivi perché anche il medico pratico, generico o specialista familiarizzi con esse.

Il primo è la possibilità di valutare in modo critico le tante informazioni ed i tanti suggerimenti, non sempre disinteressati che gli arrivano.

Il secondo è dato dalla opportunità che anche il medico pratico partecipi alla formazione delle conoscenze; in alcuni casi come per la farmacovigilanza, si tratta di un obbligo.

Il terzo è che il medico pratico dispone di una ampia casistica e della possibilità di seguirla per gran parte della vita; può dare così informazioni che non possono essere altrimenti ottenute.

Campobasso

"3° Torneo di calcio della sanità"

Per il terzo anno consecutivo l'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Campobasso ha organizzato con successo, e non senza fatica, il torneo di calcio della sanità. Spirito di aggregazione, voglia di conoscersi al di là delle semplici occasioni formali, beneficenza, sono solo alcuni degli obiettivi che ogni anno raggiungono questa manifestazione. Gli ostacoli sono sempre tanti e questo anche per il numero sempre crescente di compagini che si iscrivono e che rendono quindi più movimentate le giornate del torneo che si sono tenute durante lo scorso mese di giugno. Alla fine tanta soddisfazione, premi, come è giusto che sia, per i vincitori, la squadra

degli informatici, ma come è spirito di questa manifestazione premi anche per altre squadre partecipanti. Per la parte benefica della manifestazione va registrata la raccolta di circa 1000 euro da destinare alle iniziative che il dott. Giuseppe Berardi porta avanti da tempo in Africa, nel Malawi, nel caso specifico di quest'anno si è trattato di un contributo che servirà al completamento della sala operatoria ostetrica del Mtengo Wanthenga Hospital. Per la cronaca sportiva annotiamo al primo posto gli informatici, al secondo gli avvocati, al terzo gli architetti e gli ingegneri e al quarto posto i medici. Al prossimo anno.

Messina

Borsa di studio Panarello alla dott.ssa Paratore

Si è conclusa la cerimonia di consegna della borsa di studio intitolata alla memoria del dott. Alessandro Panarello conferita alla dott.ssa Paratore Silvana, impegnata in un programma di ricerca di durata annuale sul tema: "La tutela della salute con particolare riguardo alla salubrità dell'ambiente: profili costituzionali". Alla dott.ssa Paratore, nostra collaboratrice ed autrice degli articoli sull'attività medico professionale dei prof.ri Cosimo, Franco e Bruno Galletti della clinica otorinolaringoiatrica di Messina, i migliori auguri.

Livorno

Scadenza termini

Si ricorda che il 31 gennaio 2006 scadono i termini per la presentazione delle domande riguardanti l'inclusione nella graduatoria per: Medici di medicina generale, Specialisti pediatri di libera scelta, Medici specialisti ambulatoriali. Come di consueto le relative domande dovranno essere redatte su appositi moduli disponibili presso la Segreteria dell'Ordine e presso la Asl in prossimità della scadenza. Si ricorda che per i Medici specialisti ambulatoriali le domande devono essere inoltrate a mezzo raccomandata a/r o consegnate direttamente al competente Ufficio del Comitato zonale dell'Asl per il territorio in cui si vuole ottenere l'incarico. Per la provincia di Livorno l'indirizzo a cui inoltrare le domande è: "Comitato Zonale Asl 6, Via di Monterotondo, 49 - 57128 Livorno".

"Congressi, Convegni, Corsi"



AVVISO PER I MEDICI E LE SEGRETERIE ORGANIZZATIVE

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



Accademia Italiana di Medicine Tradizionali OMOIOS

Agopuntura addominale

20-21 gennaio 2006, Polo didattico, p.zza Oderico da Pordenone, 3 Roma

Crediti ECM richiesti

Informazioni: Accademia Italiana di Medicine Tradizionali OMOIOS

via Benedetto Musolino, 23 00153 Roma

Tel. 06-5816789 Fax 06-5818610

e.mail: segreteria@omoios.it

Posti disponibili: 40

Hormones, nutrition and physical performance

28-31 gennaio 2006, Unione Industriale Congress Center, Torino (Italy)

Chairmen: G. Bona, E. Ghigo, M. Savage

Richiesti crediti ECM

Scientific programme, abstract submission and general information: <http://www.hormones.it>

Information:

Organizing Secretariat CCI – Centro Congressi Internazionale s.r.l., via Cervino, 60

10155 Torino (Italy), Tel. + 39.011-2446911 Fax +39.011-2446900

e.mail: mariuccia.enria@congressiefiere.com info@congressiefiere.com

sito web: <http://www.congressiefiere.com>

Università di Padova

Chirurgia tiroidea e paratiroidea

Anno Accademico 2005-2006

23-27 gennaio 2006, Padova

Direttore: prof.ssa Maria Rosa Pelizzo

Settimana chirurgica, full immersion, partecipazione attiva in sala operatoria.

Accreditamento ECM in corso

Scadenza domande: 30 dicembre 2005

Informazioni

Patologia Speciale Chirurgica

Segreteria 6° piano Policlinico

via Giustiniani, 2 35128 Padova

Tel./Fax 049-8212250

sito web: www.unipd.it/corsi_perfezionamento

e.mail: mariarosa.pelizzo@unipd.it

Università di Roma "La Sapienza"

Ortognatodonzia clinica multidisciplinare

Anno Accademico 2005-2006

Sede: Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche, ex Istituto di Clinica Odontoiatrica

viale Regina Elena, 287/A Roma

La domanda di iscrizione e la relativa documentazione devono essere consegnate entro e non oltre il 20 dicembre, nella sede della Segreteria del Master Ortognatodonzia Clinica Multidisciplinare.

Moduli:

1. Modulo di Scienze Biologiche propedeutiche;
2. Modulo di Scienze Mediche propedeutiche;
3. Modulo di Scienze Cliniche Ortognatodontiche;
4. Modulo di Scienze Cliniche Odonostomatologiche;
5. Modulo di Scienze Chirurgiche.

Informazioni: Segreteria del Master

Ortognatodonzia Clinica Multidisciplinare

Presso la UOC di Ortognatodonzia

Università di Roma "La Sapienza"

Tel. 06-44231311 Fax 06-44230811

viale Regina Elena, 287/A 00161 Roma

e.mail: ersilia.barbato@uniroma1.it

Master biennale in medicina tradizionale cinese

Sclerosi multipla

15-16-17 dicembre, Sala Congressi Hotel Le Meridien, viale Lungomare Murri, 13 Rimini

Docente: dott. Liu Dong

Informazioni:

dott. Michele Lo Cascio, dott. Giovanni Liberto

cell. 338-8585489 328-1832332 e.mail: lingui@libero.it

Università Ambrosiana

Adolescentologia clinica

21 gennaio 2006, v.le Romagna, 51 Milano

Crediti ECM richiesti

Informazioni: Coordinamento Generale della Didattica Università Ambrosiana

Tel. +39 02 2666880 Fax +39 02 2361226

e.mail: coorddidattica@unambro.it sito web: www.unambro.it

Istituto per le Scienze Psicologiche e la Psicoterapia Sistemática - CESAD

Psicoterapia professionale sistemática, psicopatologia fenomenologica e analisi dialettica

Anno Accademico 2005-2006

Data di inizio del corso: 20 febbraio 2006

Sede del corso: v. A. M. Maragliano, 5/8 Genova

Corso di specializzazione quadriennale

Direttore didattico: dott. G. Giacomo Giacomini

Legalmente riconosciuto dal Ministero dell'Università (MIUR)

Termine di scadenza per l'iscrizione al corso: 31 gennaio 2006

Informazioni: Segreteria Tel./Fax 010-580903 e.mail: g_giacomini@libero.it

Bioterapie nei disturbi psichici minori

16 gennaio 2006, Roma

Relatore: dott. Ermanno Paoletti

Le Medicine non convenzionali nel trattamento dei più comuni disagi emotivi minori: ansia, insonnia, depressione reattiva, fobie, nevrosi, somatizzazioni, disturbi del carattere e del comportamento alimentare.

In fase di accreditamento ECM

Informazioni: Società Italiana di Psichiatria Olistica

Tel. 051-44.10.20. cell. 333-38.57.130 e.mail: info.sipol@libero.it





Società Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi

Psicoterapia ed ipnosi medica 2° livello

Primo seminario: 28-29 gennaio 2006

Secondo seminario: 11-12 febbraio

Terzo seminario: 25-26 febbraio

Sede: Starhotel Excelsior, via Pietramellara, 51 Bologna

Informazioni:

S.M.I.P.I.

Società Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi, via Porrettana, 466

40033 Casalecchio di Reno (BO)

Tel. 051-573046 Fax 051-932309

e.mail: inedita@tin.it sito web: www.smipi.it

Scuola Permanente di Ecografia Muscoloscheletrica

Ecografia muscoloscheletrica

23-27 gennaio 2006; 27-31 marzo; 8-12 maggio; 5-9 giugno; 3-7 luglio; 18-22 settembre; 13-17 novembre; 11-15 dicembre.

Crediti ECM già assegnati: 35 punti

Informazioni:

Segreteria Organizzativa

G. Monetti

Tel. 051-396491 Fax 051-346972

e.mail: info@muskultrasound.it sito web: www.muskultrasound.it

Centro TIAMA - Galdus

Traumi infantili e patologia in età adulta

Il corso si articola in 8 giornate, nel periodo 11 gennaio 2006 - 19 aprile 2006 per un totale complessivo di 48 ore, presso il Centro TIAMA, via Pacini, 20 Milano

Il corso intende diffondere la consapevolezza che tossicodipendenza e patologia psichiatrica possono essere frequentemente l'esito a distanza di situazioni di abuso all'infanzia.

È prevista l'attribuzione di punteggi ECM

Docenti: Marinella Malacrea, Simona Agosti, Elena Fontana

Informazioni:

Segreteria Organizzativa

Centro TIAMA, via Pacini 20 20131 Milano

Tel. 02-70633381 Fax 02-70634866

e.mail: tiama@galdus.it sito web: www.centrotiama.it

Università di Roma "La Sapienza"

Odontostomatologia in età evolutiva

Data inizio corso 16 gennaio 2006

Presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" è stato attivato anche per l'anno accademico 2005-2006 il Master di II livello in Odontostomatologia in età evolutiva. Il Master è un corso di formazione e di aggiornamento professionale permanente e di alta specializzazione finalizzato alla formazione teorico-pratica.

Coordinatori:

dott. Bossù Maurizio cell. 347-3110121

dott. Capasso Francesca cell. 347-1074481

dott. Ierardo Gaetano cell. 349-3210131

dott. Luzzi Valeria cell. 349-5825825

Il numero di posti disponibili è 25

Il termine di scadenza per la presentazione delle domande è fissato per il giorno 31 dicembre 2005

Informazioni:

Segreteria Master

viale Regina Elena, 287/A 00161 Roma

Tel. 06-44230809 int. 247 Fax 06-44230811

e.mail: antonella.polimeni@uniroma1.it

Psicoterapia breve strategica

Anno Accademico 2005-2006

Inizio del Master gennaio 2006, Istituto Labor, via Gramsci, 1 Porto Antico Genova

La Scuola di Psicoterapia breve strategica di Arezzo (www.centroditerapiastrategica.org), diretta dal prof. Giorgio Nardone, riconosciuta dal Murst, organizza nell'anno accademico 2005-2006 il Master per medici e psicologi in psicoterapia breve strategica della durata di due anni.

Informazioni: dott. Andrea Vallarino, Tel. 010-2467677 cell. 349-6922664 e.mail: andreavallarino@libero.it

III Congresso Nazionale**Cardiopneumo AIMEF 2006****26 – 28 gennaio 2006, Hotel Sheraton Nicolaus, Bari**1st International Conference on Cardiovascular
and Respiratory Disease in Family Medicine**Informazioni:****Segreteria Scientifica**

AIMEF

dott. Vincenzo Contursi, e.mail: contursi@aimef.orgdott. Antonio Infantino, e.mail: infantino@aimef.org**Segreteria Organizzativa**

ACMESI – ECOM s.r.l.

viale Papa Pio XII, 4/e 70124 Bari

Tel. 080-5645592 Fax 080-5045452

sito web: www.acmesi.net**Società Italiana di Medicina Subacquea ed Iperbarica****L'orecchio in immersione****21 gennaio 2006, Sala Auditorium Regione Emilia-Romagna, Bologna****Presidente:** prof. P. Laudadio**Argomenti:** Apparato uditivo ed immersione subacquea: stato dell'arte; Tecniche di immersione e
medicina a confronto; Sessione poster "come si insegna a compensare".

È in corso la richiesta di accreditamento ECM per Medici, Logopedisti e Tecnici

Informazioni:**Segreteria Scientifica**

dott. E. Nasole, dott. F. Di Donato, dott. P. P. Cavazzuti

Segreteria Organizzativa

ACX Corporate s.r.l.

Strada Rovereta, 42 47891 Rovereta (RSM)

Tel. 0549-941469 Fax 0549-973633

e.mail: congressi@acxcorporate.sm sito web: www.acxcorporate.sm**Medicina e chirurgia estetica****24-25-26 febbraio 2006, Centro Congressi Centergross, Bologna****Lingue ufficiali:** italiano, inglese**Informazioni:****Segreteria Scientifica**

S.I.E.S. Società Italiana di Medicina e Chirurgia Estetica

via Baracca, 2 50127 Firenze

Tel. +39.055.362.397 Fax +39.055.364.526

e.mail: informazioni@sies.net sito web: www.sies.net**Segreteria Organizzativa**

Scuola di Medicina e Chirurgia ad Indirizzo Estetico C.P.M.A.

VALET s.r.l.

via dei Fornacai, 29/b 40129 Bologna

Tel. 051-6388334 Fax 051-326840

e.mail: info@valet.it sito web: www.valet.itL'evento sarà sottoposto alla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina per l'attribuzione dei crediti
formativi ECM.**Thesis 2005 percorsi interattivi e formativi pediatrici****15-17 dicembre, New Europe Hotel, Napoli****Presidente del convegno:** Rosario Di Toro**Coordinatore scientifico:** Angelo F. CapristoECM: Il congresso ha ottenuto l'attribuzione, presso il ministero della Salute, di 13 crediti di Educazione Continua in
Medicina per la professione medica**Informazioni:****Segreteria Scientifica**

Angelo F. Capristo, Carlo Capristo, Fabio Decimo, Nunzia Maiello, Michele Miraglia del Giudice, Roberto Sassi

Dipartimento di Pediatria

via L. De Crecchio, 8 80138 Napoli

Tel. 081-5665468-70 Fax 081-5665467

Segreteria Organizzativa

iDea Congress

via della Farnesina, 224

Tel. 06-36381573 Fax 06-36307682

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



IRCCS Istituto G. Gaslini

Down's syndrome: making screening safer

27 gennaio 2006, Genova

Docenti e moderatori: S. Canini, P. De Biasio, G. Melioli, M. T. Mennuti, U. Nicolini, P. L. Venturini, N. J. Wald

Lo scopo del corso è quello di aggiornare i partecipanti sulle prestazioni, vantaggi e limiti dei vari tipi di screening prenatali per aneuploidie attualmente disponibili e sulla possibilità di combinare marcatori ecografici e biochimici. In particolare, verranno messi in risalto gli aspetti organizzativi e di controllo di qualità dei programmi di screening, e le più recenti innovazioni volte a ridurre il numero di procedure diagnostiche invasive.

Informazioni:

Segreteria Organizzativa

Scuola Internazionale di Scienze Pediatriche, IRCCS Istituto G. Gaslini, 16147 Genova

Tel. +39 010 5636554 Fax +39 010 3776590 sito web: <http://www.sispge.com>

Scuola di Specializzazione in Gastroenterologia dell'Università di Bologna

Pazienti con MRGE atipica: linee guida e valutazioni

10 febbraio 2006, presso Padiglione 5 "Nuove Patologie"

Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna

Accreditamento ECM in corso, partecipazione gratuita.

Informazioni:

Segreteria Organizzativa

Progetto Meeting, via De' Mattuiani, 4 40124 Bologna

Tel. 051-585792 Fax 051-3396122 e.mail: info@progettomeeting.it

Società Italiana di Chirurgia Colorettale

Trattamento del cancro del retto

14 gennaio 2006, Aula Magna E. O. Galliera, via Mura delle Cappuccine, Genova

Coordinatori: dott. Antonio Amato, dott. Gianandrea Binda

Evento accreditato ECM

Informazioni:

Segreteria Organizzativa

Ufficio Formazione E. O. Galliera

c.so Mentana, 10 16128 Genova

e.mail: segreteria.formazione@galliera.it

Tel. 010-563 2044/4049/4046 Fax 010-5634038

Informazioni:

Segreteria SICCR

dott.ssa Marina Fiorino

cell. 338-2813863 e.mail: marinafiorino@libero.it

Società Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi

Psicoterapia ed ipnosi medica 1° livello

Primo seminario: 11-12 marzo 2006

Secondo seminario: 25-26 marzo

Terzo seminario: 8-9 aprile

Sede: Hotel Passetto, via Thaon de Revel, 1 Ancona

Informazioni:

S.M.I.P.I.

Società Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi, via Porrettana, 466

40033 Casalecchio di Reno (BO)

Tel. 051-573046 Fax 051-932309 sito web: www.smipi.it e.mail: inedita@tin.it

Tecnica manipolatoria tendinea metodo moneyron

18-19 febbraio 2006

11-12 marzo

20-21 maggio

Sede: Studio medico CESTEM, via Dora, 17 Roma

Il corso prevede l'accreditamento ECM, richiesto sia per i medici che per i fisioterapisti.

Informazioni:

Segreteria Organizzativa

Tel. 06-84242835

cell. 349-2852980

Accademia Italiana di Medicine Tradizionali OMOIOS**Agopuntura****27 gennaio 2006, via Benedetto Musolino, 23 Roma**

Docenti del Master Universitario di II° livello in Agopuntura Clinica della Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli studi di Roma "Tor Vergata"

Corso quadriennale

Al Terzo anno, si consegue il diploma per l'iscrizione sul registro agopuntori degli ordini dei medici

Al Quarto anno, si consegue l'attestato italiano di agopuntura F.I.S.A.

Attività clinica ambulatoriale: 120 ore

Informazioni: Accademia Italiana di Medicine Tradizionali OMOIOS

Tel. 06-5816789 Fax 06-5818610 e.mail: segreteria@omoios.it sito web: www.omoios.it

Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore**Policlinico Universitario "Agostino Gemelli"****Anno Accademico 2005-2006****Programmazione, organizzazione e gestione aziende-servizi sanitari****Coordinatore:** prof. G. Damiani**Clinical governance: significato, metodologie e strumenti****Coordinatore:** dott. A. G. de Belvis

Iscrizioni entro il 6 febbraio 2006

Informazioni: Segreteria Organizzativa sig.ra Simona Serafini

Servizio Formazione Permanente UCSC Roma Tel. 06-30154297 e.mail: sserafini@rm.unicatt.it

La partecipazione ad un corso di perfezionamento esonera dall'acquisizione di crediti formativi ECM per l'anno in corso.

Tromboembolismo venoso**17 dicembre, Laboratorio Analisi dott.sse Reale e Latorre, via F. Santamaria snc, Ginosa (TA)**

Per l'acquisizione dei crediti formativi, è previsto il superamento di un esame finale.

La domanda di iscrizione deve pervenire entro il 10 dicembre.

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Ufficio Stampa Aziend@arte

Pubbliche relazioni, via Ricciardi, 12 Ginosa (TA)

cell. 333-8785980 328-8749314

Fax 099-8862339

e.mail: info@aziendarte.com

sito web: www.aziendarte.com

Associazione "Domus Auxilii"**Programmazione neurolinguistica 1°-2° livello****17-18 dicembre I livello, accreditamento ECM in corso****I temi del corso:** La programmazione neurolinguistica (P.N.L.); La creazione del Rapport; La calibrazione; La percezione della realtà esterna; Il metamodello linguistico.**13-14 gennaio 2005 II livello, crediti ECM: 14****Sede:** Associazione "Domus Auxilii", via Giuseppe Arimondi, 3 Roma**I temi del corso:** Il reframing; Formulazione degli obiettivi; Le posizioni percettive; Il metaprogramma; I livelli logici di Robert Dilts: le credenze, i valori, l'identità.**Informazioni: Segreteria Organizzativa**

Eta Beta s.r.l. Tel./Fax 06-37353875/76

cell. 392-5828709 339-1749694

e.mail: eta.beta01_@libero .it

e.mail: domusauxilii@fastwebnet.it





Fondazione Ariel

L'arto superiore nella paralisi cerebrale infantile

**16-18 marzo, Fondazione Ariel Auditorium Istituto Clinico Humanitas
via Manzoni, 5 Rozzano (MI)**

Direttore del corso: Nicola Portinaro

Crediti ECM: Questo corso ha richiesto alla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina l'attribuzione di crediti formativi ed è attualmente in fase di valutazione

Comitato Scientifico: J. Davids, A. Ferrari, A. Ovi, F. Pelillo, N. Portinaro

Informazioni:

Segreteria Organizzativa

Luisa Mondorio Fondazione Ariel

Istituto Clinico Humanitas

via Manzoni, 56 Rozzano (MI)

Tel. 02-82242315 Fax 02-82242395

e.mail: fondazione.ariel@humanitas.it

Segreteria Scientifica

Daria Piazzi cell. 347-6603135 e.mail: dariapiazzi@computerforever.com

Ansia nel paziente affetto da schizofrenia

21 gennaio 2006, Aula Baldacci Clinica Psichiatrica Università di Cagliari, Cagliari

Responsabile scientifico del corso: dott. Giovanni Costa

È stata richiesta l'assegnazione dei crediti formativi ECM

Informazioni: Segreteria Scientifica del Consiglio direttivo SIRP

via Zanfarino, Sassari Tel. 079-2062215 e.mail: gvcosta@tiscali.it

Università di Siena

Medicina estetica

Anno Accademico 2005-2006

27 febbraio 2006

Durata del Master: 16 mesi

Moduli didattici: 10

Crediti formativi: 60

Il termine per la presentazione della domanda di iscrizione è previsto per il 20 febbraio

Informazioni:

S. C. Chirurgia Plastica dell'Università degli Studi di Siena

Policlinico Le Scotte, viale Bracci, 53100 Siena

Tel./Fax 0577-585158 e.mail: daniello@unisi.it sito web: www.unisi.it/postlaurea/master.htm

Plasticità del sistema nervoso e paralisi cerebrale infantile

10-11 febbraio 2006, Hotel Astoria, Reggio-Emilia

Direttore del corso: Adriano Ferrari

Crediti ECM: Questo corso ha richiesto alla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina l'attribuzione di crediti formativi ed è attualmente in fase di valutazione

Informazioni:

Segreteria Organizzativa

All Mobility Reggio-Emilia

Tel. 0522-941078 cell. 338-8271872

e.mail: allmobility@libero.it

Segreteria Scientifica

Daria Piazzi cell. 347-6603135

e.mail: dariapiazzi@computerforever.com

Elettrocardiografia in area di emergenza

16-18 febbraio 2006, CEFPAS, Cittadella S. Elia, via G. Mulè, 1 Caltanissetta

Aritmologia in area di emergenza

16-18 marzo 2006, CEFPAS, Cittadella S. Elia, via G. Mulè, 1 Caltanissetta

Direttore del corso: dott. Aulo Di Grande

Accreditamento ECM in corso

Informazioni:

Zerotre organizzazione convegni & eventi

Segreteria Organizzativa

via L. Moncada, 6 93100 Caltanissetta

Tel./Fax 0934-552538 cell. 320-4655911

e.mail: staff@zerotre-adv.it

Università Politecnica delle Marche
Master Universitario on-line di I livello

Master Internazionale in nutrizione e dietetica applicata

Master Universitario on-line di II livello

Master Internazionale in nutrizione e dietetica

Gli iscritti sono esonerati dall'obbligo ECM

Informazioni:

Tel. +39 071 2204160/673 Fax +39 071 2204398

e.mail: univpm@funiber.org siti web: www.funiber.org/univpm www.univpm.it

Università Ambrosiana

Counselling medico con l'adolescente

21 gennaio 2006, v.le Romagna, 51 Milano

Crediti ECM richiesti

Informazioni:

Coordinamento Generale della Didattica

Università Ambrosiana

Tel. +39 02 2666880 Fax +39 02 2361226

e.mail: coorddidattica@unambro.it sito web: www.unambro.it

Società Italiana di Medicina e Chirurgia Estetica

Angiologia e Flebologia

21 gennaio 2006, Divisione Didattica VALET, Bologna

Coordinatore scientifico: dott. Attilio Cavezzi

Il Modulo comprende:

- Insufficienza venosa (propedeutico a scleroterapia)
- Scleroterapia delle varici ed esame ecocolordoppler
- Ecocolordoppler di prima formazione
- La mousse sclerosante
- Scleroterapia ecoguidata

Durata: il modulo ha una durata di 136 ore di lezione

ECM: la frequenza del modulo prevede il riconoscimento di n° 97 crediti

Informazioni: Segreteria Organizzativa

VALET s.r.l., via dei Fornaciai 29/b 40129 Bologna

Tel. 051-6388334 Fax 051-326840 e.mail: info@valet.it sito web: www.valet.it

Classificazione cinematografica nelle diplegie infantili

13 dicembre, Hotel Astoria, Reggio-Emilia

Direttore del corso: Adriano Ferrari

Crediti ECM: Questo corso ha richiesto alla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina l'attribuzione di crediti formativi ed è attualmente in fase di valutazione.

Segreteria Organizzativa

All Mobility - Reggio Emilia

Tel. 0522-941078 cell. 338-8271872

e.mail: allmobility@libero.it

Segreteria Scientifica

Daria Piazza cell. 347-6603135

e.mail: dariapiazzi@computerforever.com

Malattia di alzheimer e altre demenze

18 febbraio 2006, Roma

Sede: Associazione "Domus Auxilii, via Giuseppe Arimondi, 3

Crediti ECM: 6

L'evento formativo è riservato a n. 30 Medici

I temi del corso: Malattia di Alzheimer; Demenze non Alzheimer; Gestione del paziente; Trattamenti farmacologici e non farmacologici; Casi clinici

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Eta Beta s.r.l.

Tel./Fax 06-37353875/76 cell. 392-5828709 339-1749694 e.mail: eta.beta01_@libero.it domusauxilii@fastwebnet.it



Congresso Internazionale ANDI Piemonte Protocolli clinici supportati dall'evidenza scientifica

20-21 gennaio 2006, Museo dell'Automobile, Torino

ECM: Educazione Continua in Medicina

Relatori: prof. M. Simion, dott. G. Cardaropoli,
prof. W. V. Giannobile, prof. R. Mericske-Stern,
prof. C. Marinello, prof. A. Cerutti, dott. P. A. Acquaviva

Informazioni:

Segreteria Scientifica: dott. B. Borasio, dott. G. Di Bartolomeo, dott. V. Bobba, dott. D. Cardaropoli

Segreteria Organizzativa: TIMELINE s.n.c., c.so G. Ferraris, 135 10128 Torino

Tel. 011-5096129 Fax 011-5804495 e.mail: andisegreteria@timeline.to.it

I.R.M.S.O. - F.I.A.M.O.

Omeopatia e odontoiatria

14-15 gennaio 2006, Aula Facoltà Valdese, via Pietro Cossa, 42 Roma

Responsabile: dott. Pietro Federico

I.R.M.S.O. è Membro del forum permanente per le medicine non convenzionali
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Roma
Richiesti crediti ECM

Informazioni:

Segreteria Organizzativa I.R.M.S.O., via Paolo Emilio, 32 Roma

Tel. 06-3242843 (ra) Fax 06-3611963 e.mail: omeopatia@iol.it sito web: www.irmso.it

Scuola di Specializzazione in Gastroenterologia dell'Università di Bologna

Epatite C: l'infezione, la malattia, la terapia

27 gennaio 2006, Padiglione "Nuove Patologie" Policlinico S. Orsola-Malpighi,

via Massarenti, 9 Bologna

Accreditamento ECM in corso

Informazioni:

Segreteria Organizzativa

Progetto Meeting, via De' Mattuiani 4

40124 Bologna

Tel. 051-585792 Fax 051-3396122

e.mail: info@progettomeeting.it

Università di Roma "Tor Vergata"

Dinamometria muscolare isoinerziale

28 gennaio 2006, Villa Mondragone,

Monte Porzio Catone Roma

Presidente: prof. Ignazio Caruso

Il convegno è aperto a Medici, Laureati in Scienze
Motorie e Fisioterapisti

Richiesto accreditamento ECM

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott.ssa E. Padua Tel. 06-72592225

Segreteria Organizzativa

Studio Archetipo s.r.l.

Tel.06-6553432

Fax 06-6553458

e.mail: studioarchetipo@studioarchetipo.it

http://: www.convegnodinamometriaatorvergata.it

Neoplasie dell'età senile

27 gennaio 2006, Policlinico San Marco

Unità operativa di Chirurgia oncologica

c.so Europa, 7 Zingonia (BG)

Direttore: dott. Fabio Cusumano

Evento in fase di accreditamento ECM

Informazioni:

Segreteria Scientifica

dott. Tommaso Savio

Tel./Fax 035-886323 e.mail: chirurgia2@yahoo.it

Iniziativa del dott. Paci **Ordine: nuova sede a Terni**

di Ernesto Luzi

Finalmente una nuova sede per L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Terni.

L'inaugurazione è stata preceduta da un incontro nel corso del quale hanno preso la parola le varie autorità presenti. A fare gli onori di casa il dott. Aristide Paci, presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Terni, il quale ha sottolineato come l'ubicazione della nuova sede in via Bramante è stata voluta nelle vicinanze della Asl 4, ove sono forniti al cittadino i vari servizi di base. Per quel che riguarda la programmazione, ha detto il dott. Paci, è necessario che questa individui le priorità e la destinazione d'uso delle risorse. In primo luogo pertanto è necessaria una verifica degli obiettivi stabiliti con il precedente piano che si basava su alcune scelte importanti e tra queste: garantire il diritto alla salute attraverso la qualità e l'efficienza delle prestazioni; contenere l'attività ospedaliera con uso appropriato dei ricoveri; esaltare l'efficienza nei servizi di emergenza; definire compiutamente il ruolo del distretto con un maggiore coinvolgimento del medico di medicina generale; promuovere la prevenzione; programmare le innovazioni tecnologiche; ed individuare i criteri di accreditamento delle strutture private.

È auspicabile ed essenziale uno stretto collegamento funzionale tra Azienda ospedaliera, Distretto e medici di medicina generale per realizzare un "continuum assistenziale", che deve concretizzarsi attraverso un modello organizzativo da noi ripetutamente previsto, ma che non ha trovato accoglimento, di tipo dipartimentale "transmurale".

Il Dipartimento quindi rappresenta il modello organizzativo per realizzare integrazione, coordinamento delle risorse umane, strutturali e tecnologiche.

Una considerazione indispensabile, ha aggiunto il dott. Paci è quella riguardante la scottante questione della responsabilità professionale del medico anche alla luce dei recenti episodi riportati con grande risalto dalla stampa spesso affrettatamente, prima ancora della conclusione dell'iter giudiziario.

Un problema delicato è inoltre quello del rapporto tra le due Aziende ospedaliere di Perugia e di Terni che devono avere "pari dignità" senza momenti di palese sperequazione.

La trasformazione dell'Ospedale di Terni in Azienda ad alta specialità non significa certo assegnare una diversa etichetta né tanto meno un avallo a spinte campanilistiche.

Significa invece dare una concreta attuazione alla possibilità di assistenza didattica e ricerca al passo coi tempi.

Iniziativa vicentina **Pronto Soccorso Oncologico**

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

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

I volontari segnalano in tempi brevissimi (24-28 ore) il caso allo specialista più idoneo e, successivamente, il medico contatta il paziente o per concordare una prima visita (gratuita), oppure per rassicurarlo o indicargli il percorso migliore da intraprendere.

La tempistica è certamente a favore del paziente perché, lo preserva da ansie inutili, liste d'attesa lunghissime perdendo tempo prezioso nel caso ci fosse bisogno di un intervento chirurgico.

Lo specialista *accompagna il paziente* lungo tutto il percorso diagnostico, terapeutico, riabilitativo e di follow-up, divenendo un punto di sostegno per il paziente che deve intraprendere il cammino della malattia.

Comunicazione-informazione-professionalità sono alcuni dei sigilli di garanzia del Pronto Soccorso oncologico.

Il dott. Luca Rotunno, presidente della "LINFA" ed ideatore di questa iniziativa unica nel suo genere, in quanto sostenuta da una Associazione di volontariato, ricorda che il Pronto Soccorso ricopre le seguenti branche: urologia, ginecologia, senologia, dermatologia, chirurgia generale, patologia del cavo orale, oltre alla disponibilità di due psicologhe ed uno specialista in omeopatia, medicina alternativa e problemi alimentari.

Qualora l'Associazione non fosse aperta, è sempre in funzione una segreteria telefonica.

"È bene ricordare - continua il dott. Rotunno - che grazie al Pronto Soccorso attivo dal maggio 2003, abbiamo assolto oltre 560 richieste, riscontrando 41 casi di tumori (i più frequenti quelli senologici, dermatologici, prostatici, del cavo orale, ginecologici), e quasi quotidianamente riceviamo richieste d'aiuto in questo senso".

La prevenzione ricordiamo, è la principale arma per affrontare il cancro.

Il numero telefonico della LINFA è 0444-235321 Fax 0444-528960 e.mail: luca.rotunno@virgilio.it

La LINFA è presente al sito www.linfaonline.it

< Pubblicità >

< Pubblicità >

Una specialità che merita grande attenzione

Medico sportivo il 12° in campo

Deve – a volte in velocità – intervenire per assistere gli atleti prima, durante e dopo le gare, ma anche nella vita quotidiana

Sport e Medicina. Un connubio che va di pari passo nell'evoluzione dell'atleta. È difficile trovare una specialità come quella sportiva che coinvolga tutte le funzioni dell'organismo. È un errore ritenere che il settore limiti prevalentemente i suoi interventi alla cardiologia, alla respirazio-

Dottor Ricciardi, cosa implica essere il medico ufficiale di una squadra di calcio?

Il mio ruolo ha il compito di curare, ma anche di prevenire malattie o traumi. Infatti la sinergia con l'allenatore, con il preparatore atletico e il massaggiatore deve essere totale, dato che nel calcio moderno e muscolare le patologie traumatiche devono avere un trattamento adeguato allo sforzo degli atleti, sottoposti continuamente ad allenamenti durissimi.

con l'allora giocatore del Messina Tiberio Ancora che dopo un violento scontro di gioco perse i sensi ed ebbe un arresto cardiaco. Lì con sangue freddo, riuscii attraverso un massaggio di primo soccorso a salvargli la vita facendogli ripartire il cuore. Più recente l'incidente occorso a Mimmo Giampà lo scorso anno.

**Prevenire
malattie
e traumi**

ne o alla traumatologia. Anche il sistema nervoso è a rischio ed il sistema gastrointestinale deve funzionare come un orologio. Il medico sportivo deve essere un regolatore delle funzioni primarie di ogni sportivo. Ne parliamo col medico sociale del Messina Calcio dottor Filippo Ricciardi. Dopo la laurea in Medicina, si è specializzato in ortopedia e per la sua passione per lo sport ha conseguito il diploma in Medicina dello Sport.

Quale ruolo interpreta attualmente la Medicina dello Sport?

Essa sta assumendo sempre più interesse sia in campo dilettantistico che in quello professionistico. Innanzi tutto mediante la visita medica di base, si devono mettere in evidenza eventuali affezioni organiche che controindichino l'attività. Invece per chi è idoneo allo sport, è necessario sottoporlo a test clinici e strumentali. Sorvegliare e curare vuol dire seguire costantemente gli atleti, sia sui campi di gioco, sia nella vita quotidiana (regolando l'alimentazione in primis) ed intervenire in caso di traumi o malattie.

Nella sua lunga carriera di medico dello sport, ricorda casi particolari in cui è intervenuto in modo diretto nel salvare la vita di un calciatore?

Sì, in varie circostanze. Quella che ricordo con più drammaticità avvenne a Venezia, circa 13 anni fa

**Così salva
la vita a
un calciatore**

Parliamo del caso di Giampà, che ha subito un grave infortunio con un taglio al quadricipite femorale causato dall'impatto con un cartellone pubblicitario e che ha avuto una grossa risonanza a livello nazionale.

L'infortunio che gli è capitato è stato un paradosso. Mai un calciatore professionistico ha rischiato così grosso con la lacerazione di due muscoli, il vasto laterale e la benderella ileotibiale della coscia. Il giocatore è stato sottoposto ad un delicato intervento chirurgico con la suturazione della parte con oltre 170 punti fra quelli interni ed esterni. Solo per fortuna il taglio non ha reciso l'arteria femorale. Con l'aiuto del chirurgo del Policlinico universitario, il dottor Casablanca, siamo riusciti a far riprendere l'attività agonistica al calciatore in circa 4 mesi, con un lavoro post trauma di fisioterapia, laser e magnetoterapia. ■



di Enzo Gallo

< Pubblicità >

Un boom economico dagli occhi a mandorla

In Cina il PIL è cresciuto del 9,5% annuo in media negli ultimi 17 anni. Nello stesso periodo in Eurolandia poco più dell'1,8%. Come si spiega questo fenomeno che preoccupa i Paesi occidentali

di **Simone Giovannelli**

Giovanni Paolo II il Grande l'aveva preannunciato: "L'Asia: ecco il nostro comune compito per il terzo millennio" (tratto da "Alzatevi, andiamo!"). Come mai la "questione cinese" è emersa così prepotentemente negli ultimi anni?

Forse perché il "dragone" si è risvegliato e fa sentire il suo pesante fiato sul collo delle potenze internazionali, registrando tassi di crescita sorprendenti, i più alti del mondo: il prodotto interno lordo del paese è cresciuto del 9,5% annuo in media negli ultimi diciassette anni. Solo per rendersi conto dell'eccezionalità di questo dato, nello stesso periodo, gli Stati Uniti sono cresciuti del 3,15% in media all'anno, Eurolandia poco più dell'1,8% (fonte: Bloomberg). Il tasso di inflazione annuo, al 30 settembre, è inferiore all'1%; il tasso di disoccupazione al

4,2%. Con investimenti stranieri diretti per oltre 50 miliardi di dollari ed in continua crescita, la Cina oggi si colloca al primo posto a livello mondiale come polo d'attrazione di investimenti.

Segnali positivi arrivano anche sul fronte del rating. Il 17 ottobre scorso, l'Agenzia specializzata Fitch, ha alzato lo score creditizio della Repubblica popolare cinese, portandolo da A- ad A. Come è possibile spiegare questa arretrata ascesa di un paese che conta più di 1,3 miliardi

di abitanti e che, a causa di decenni di dirigismo, sembrava destinata all'imperitura segregazione dal resto del mondo?

Lo sviluppo del colosso cinese ha inizio con la politica "delle riforme



e delle aperture" del 1979: da quel momento, la Cina ha concorso nello scacchiere internazionale esportando il modello del cosiddetto "socialismo di mercato", ricevendo un ulteriore riconoscimento l'11 dicembre 2001, data di ingresso nel WTO, l'Organizzazione Mondiale del Commercio. A detta degli esperti, la Cina diventa così un serbatoio inesauribile, il nuovo motore dell'economia mondiale, capace di duellare con gli Stati Uniti in termini di crescita e di commercio internazionale.

È proprio nei delicati equilibri esistenti tra la patria del meltin'pot, della società multirazziale per antonomasia, gli Stati Uniti, e il paese più abitato del mondo, la cui

popolazione cresce (sempre meno, a dire il vero) di otto milioni di unità all'anno, che si gioca la partita dello sviluppo del pianeta.

I punti di forza della Cina stanno nella elevata propensione al risparmio e nel basso costo della manodopera industriale. In più, lo yuan, la valuta cinese, è stato agganciato al dollaro, con un rapporto di cambio fisso. Tradotto in soldoni, le merci cinesi possono beneficiare, da un lato, del minore costo di produzione rispetto ai concorrenti occidentali, dall'altro, della stabilità "importata" della loro moneta. Come ha reagito il resto del mondo? Alzando barriere protezionistiche (tariffe e contingentamenti) ed esercitando al tempo stesso forti pressioni affinché la Cina rivalutasse la propria moneta. E così è avvenuto, anche se in misura inferiore rispetto alle attese: il 21 luglio scorso la Banca centrale cinese ha rivalutato lo yuan del 2,1% (stime americane parlavano di una sottovalutazione del 40%) e ha dichiarato il passaggio ad un sistema di cambio flessibile controllato, basato sulla domanda e l'offerta di mercato e riferito ad un paniere di valute.

In un'economia globalizzata ognuno fa ciò che sa fare meglio. La Cina produce tutto ciò che la sua tecnologia, sempre più avanzata, gli consente di produrre, a basso costo. La sfida che l'Occidente dovrà raccogliere sarà nel far valere i suoi punti di forza: qualità e innovazione. Il "Made in Italy" deve rimanere un "copyright" e non qualcosa che sia facile imitare. ■



A febbraio sarà presidente della FED

Bernanke dopo Greenspan

Capo economista della Casa Bianca ex componente della Banca Centrale fedelissimo di Bush. Flessibilità e pragmatismo le sue idee guida

Sarà Ben Bernanke il successore di Alan Greenspan alla guida della Federal Reserve, la banca centrale Usa. La nomina è stata annunciata dal presidente George Bush e dovrà essere approvata dal Senato Usa.

Bernanke, 52 anni, è già stato nel direttivo Fed per quasi tre anni prima di diventare nel giugno scorso capo dei consiglieri economici della Casa Bianca. Assicura una linea di continuità, anche se è un convinto sostenitore dell'utilità di fissare obiettivi numerici per l'inflazione. Greenspan, 79 anni, lascerà la presidenza della Banca Centrale il 31 gennaio, dopo oltre 18 anni.

"Cosa fare se Greenspan muore all'improvviso? Dovremmo impararlo, mettergli un paio di occhiali da sole e tenerlo dritto dietro la sua scrivania il più a lungo possibile". La vecchia battuta del

senatore John McCain è affiorata spesso nelle discussioni sul cambio della guardia alla Federal Reserve. Sostituire un leader carismatico che ha ottenuto grandi risultati è sempre difficilissimo. A Ben Bernanke, scelto dal pre-

sidente Bush per rimpiazzare Greenspan alla fine di un lunghissimo regno, viene proposta un'impresa addirittura proibitiva: sostituire un insostituibile.

Greenspan è l'icona vivente del capitalismo globalizzato, il personaggio che è riuscito a pilotare l'economia americana e quella mondiale attraverso tempeste finanziarie, crisi energetiche e attacchi terroristici.

L'eredità di gran lunga più difficile da raccogliere sarà tuttavia quella dell'autorevolezza sui mercati e tra gli operatori economici globali. Su questa strada è stato aiutato al momento della sua nomina dallo stesso Greenspan che ha sostenuto in un comunicato: "Ben ha superbe credenziali accademiche e una cruciale comprensione delle modalità di funzionamento dell'economia. Non ho alcun dubbio che sarà un vanto per la nazione come lea-

der della Federal Reserve". Anche se non è un suo fedelissimo e se è considerato meno flessibile di Greenspan sull'inflazione, Bernanke è quello che più garantisce stabilità e una successione nella continuità.

È un economista dal curriculum eccellente: Harvard, Massachusetts Institute of Technology, Stanford, Princeton.

Da qualche mese Bernanke è presidente del Council

of Economic Adviser; l'organismo che di fatto definisce la politica economica del governo americano. Prima è stato per tre anni nel Board of governors della Fed, i potenti "governatori" che lavorano a stretto contatto con il presidente. Tutto il resto della sua carriera è accademia pura: insegnamento e ricerca. È lì che ha elaborato le sue teorie, è lì che è diventato un luminaire della macroeconomia.

L'erede di Greenspan è un fautore dei tagli delle tasse come Bush. Ma è anche un sostenitore dei tetti contro l'inflazione: la sua strategia è di fissarli in anticipo e di gestire gli interventi sui tassi di conseguenza. Una strategia che lascia freddo Greenspan, più propenso a reagire agli eventi.

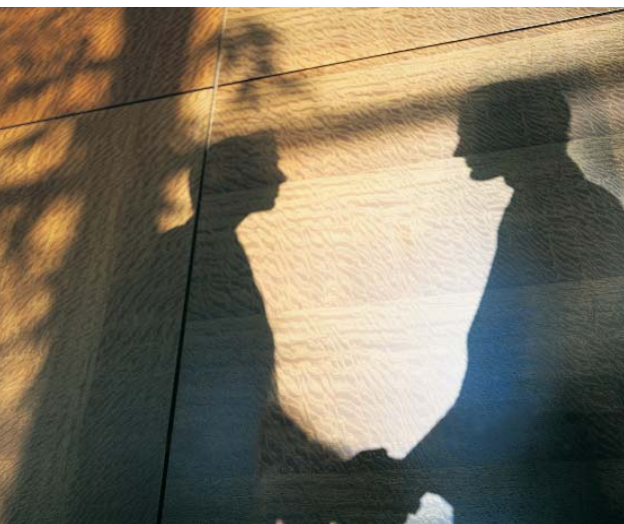
La reazione del Congresso, che dovrà approvare la nomina di Bernanke, è stata positiva, come quella del presidente della Bce Jean-Claude Trichet.

Wall Street ha reagito, il giorno della nomina, con un balzo dell'1,7 per il Dow Jones. ■

**Autorevolezza
sui mercati
e garanzie
di stabilità**

**Tagliare
le tasse
come vuole
il Presidente**

di Mauro Subrizi



La Scuola di Salerno

La leggenda (o forse la storia) vuole che i docenti fossero un ebreo, un arabo, un greco e un latino che, sarà un caso?, si chiamava Salernus. Le lezioni terminarono nel 1811

di Fabio Astolfi

La storia, che a tratti si fonde con la leggenda, vuole che a Salerno nascesse prima dell'anno Mille, una scuola medica fondata da quattro maestri: Helinus, di origine ebraica, il greco Pontus, l'arabo Adela ed il latino Salernus. È quanto mai significativo che questi quattro personaggi rappresentino le varie etnie e culture presenti nel sud Italia medievale, nelle quali erano

confluite inoltre tutte le conoscenze sia scientifiche che mediche del passato. A dimostrazione del crescente entusiasmo creato intorno a questa nuova istituzione è emblematico notare come già agli inizi del X secolo la moglie del re francese Carlo III aveva a corte un medico salernitano, mentre il vescovo di Verdun, Adalberone, si recò a Salerno nel 984 per ricevere delle cure, come fece anche

nel 1050 Desiderio, abate di Montecassino.

Proprio la vicinanza con questo importante polo religioso e culturale, l'abbazia di Montecassino, fondata da San Benedetto agli inizi del VI secolo e fin da subito luogo adibito anche ad assistenze per gli infermi, fu di ulteriore impulso alla nascita della Scuola salernitana di medicina. Ma lo spirito di questo luogo fu sempre caratterizzato da un'evidente laicità, in netto contrasto con le altre organizzazioni di tipo medico e assistenziale di chiara matrice religiosa.

Col tempo le caratteristiche della Scuola salernitana, come l'insegnamento e la formazione professionale, diventeranno prerogative delle Università. Questi chiari elementi di modernità, insieme alla eterogeneità culturale, permisero anche l'apertura ad un corpo docente di donne, fino ad allora relegate alla cura e allo studio delle sole patologie femminili o al massimo utilizzate come infermiere. Ne è un chiaro esempio la figura di Trotula, detta anche Trocta, autrice di un trattato sul parto dal titolo *De mulierum passionibus ante, in et post partum*, tenuto in considerazione e utilizzato fino al XVI secolo. Nel testo vengono descritte le fasi e il comportamento da tenere durante il parto, le cure per il neonato e la sua alimentazione, la cura del prolasso dell'utero e dei polipi uterini. Sarà questo il primo testo di ostetricia scritto in Europa occidentale da un autore cristiano.



La Scuola Medica Salernitana così come appare in una miniatura del Canone di Avicenna. L'immagine rappresenta la storia leggendaria di Roberto, duca di Normandia. Ferito mortalmente da una freccia, fu salvato eroicamente dalla moglie che ne succhiò il veleno usando la tecnica studiata e prescritta dai medici di Salerno.

Ma la storiografia “ufficiale”, o almeno una corrente di questa, tende a suddividere la storia della Scuola di Salerno in tre periodi, di cui il primo, dalle origini all’anno Mille, è talvolta considerato precedente all’istituzione di una vera e propria scuola. Per questo talvolta si attribuisce la fondazione della Scuola medica di Salerno al cartaginese Costantino l’Africano che, fuggito dalla sua terra d’origine perché accusato di magia, si stabilì tra il 1075 ed il 1077 a Salerno, dove quindi già esisteva un polo attrattivo per studiosi, che qui si riunivano per mettere a confronto le proprie conoscenze soprattutto in campo medico.

Sarà grazie all’impulso di questo personaggio che si avranno delle vere e proprie riforme nell’insegnamento; basti pensare che fino ad allora era disponibile co-

me libro d’anatomia l’*Anatomia porci Cophonis*, l’anatomia del maiale scritta da un certo Cofone, probabilmente desunta e rielaborata dal testo anatomico di Galeno.

Alla venuta di Costantino l’Africano corrisponde il momento di massimo splendore della Scuola salernitana, durato fino al 1300 circa; fu lui, sembra, ad introdurre la medicina ippocratica e galenica a Salerno, come anche le sue conoscenze desunte dalla cultura arabo-islamica, traducendo molti testi dall’arabo al latino. A questo periodo appartengono anche i primi provvedimenti legislativi che organizzeranno la stessa Scuola: ad esempio nel 1140 il re Ruggero di Sicilia promulgò un decreto per cui “chiunque da quel momento desiderasse esercitare la medicina deve presentarsi ai nostri ufficiali e giudici e sottoporsi

alla loro decisione. Chiunque sarà stato così audace da trascurare ciò sarà punito con la prigione e con la confisca dei beni”.

Un secolo dopo, nel 1224, tale concetto fu ribadito da Federico II, che ordinò che nessuno avrebbe potuto esercitare la medicina senza avere superato un esame presso la facoltà di Salerno. Si stabilì inoltre che il candidato avrebbe dovuto studiare la logica per almeno tre anni, medicina a Salerno per cinque anni, e dopo esercitare l’apprendistato per un anno accanto ad un valente medico.

Ma con la nascita delle prime vere Università, tra cui quella di Napoli, è segnato il destino della Scuola medica di Salerno, che dal XIV secolo comincia il suo lento ma graduale declino, conclusosi nel 1811, anno in cui la Scuola viene soppressa. ■

Mostre ed esposizioni in Italia a cura di Anna Leyda Cavalli

Napoleone e il Piemonte. Capolavori ritrovati

ALBA – fino al 27 febbraio 2006
La mostra si propone di ripercorrere la sorte delle opere di alcuni dei più significativi artisti piemontesi dei secoli XV e XVI, sottratte dalle loro sedi originarie durante il periodo napoleonico.

Fondazione Ferrero
telefono: 0173 295259

Sogni. Visioni tra simbolismo francese e liberty italiano

ALESSANDRIA
fino al 26 febbraio 2006
Oggetto della mostra è il movimento artistico che nacque in Francia alla fine dell'Ottocento e che poi si diffuse in tutta l'Europa influenzando varie esperienze artistiche.
Palazzo Asperia

Jean Francois Millet. Sessanta capolavori del Museum of Fine Arts di Boston

BRESCIA – fino al 19 marzo 2006
Per la prima volta in Italia una rasse-

gna importante che non ha precedenti per numero delle opere esposte, oltre sessanta, e per qualità delle stesse.

Museo di Santa Giulia
telefono: 0438 21306
www.lineadombra.it

Gauguin e Van Gogh. L'avventura del colore nuovo

BRESCIA – fino al 19 marzo 2006
Mostra clamorosa per il panorama espositivo italiano, con oltre centocinquanta opere tra disegni, dipinti e quadri provenienti da musei e collezioni private di tutto il mondo.

Museo di Santa Giulia
telefono: 0438 21306

Tesori di Capodimonte. Dipinti, disegni, oggetti e porcellane dal Museo di Capodimonte

CREMONA
fino al 5 febbraio 2006
Capolavori assoluti della storia dell'arte e opere di Andrea Mantegna, Giovan Battista Moroni, Sofonisba Anguissola, Antonio Campi, Bernardino Campi, Callisto Piazza.
Museo civico Ala Ponzone
telefono: 0372 31222

Corot. Natura, emozione, ricordo

FERRARA – fino all'8 gennaio 2006
Interessante mostra dedicata al celebre pittore francese che aderì con originalità ed autonomia alle correnti artistiche dominanti nell'Ottocento fino ad essere considerato un precursore dell'impressionismo.
Palazzo dei Diamanti
telefono: 0532 244949-209988

Cibi e sapori del mondo antico

FIRENZE – fino al 15 gennaio 2006
La mostra illustra secondo un percorso cronologico che parte dall'Egitto faraonico gli usi conviviali degli antichi e le loro abitudini alimentari (i cibi, i condimenti e le bevande, i metodi usati per la conservazione e cottura).

Museo archeologico nazionale
telefono: 055 23575
www.firenzemusei.it/archeologico

Arnolfo. Alle origini del Rinascimento fiorentino

FIRENZE – fino al 21 aprile 2006
A sette secoli dalla morte dello scultore e architetto toscano Arnolfo di Cambio, una grande mostra monografica ne celebra l'opera, riunendo per la prima volta molte tra le più importanti sculture ormai sparse nelle maggiori collezioni pubbliche e private.

Museo dell'Opera di Santa Maria del Fiore
telefono: 055 2302885

Il Polittico della Cervara

GENOVA – fino 7 gennaio 2006
Ambizioso progetto che mira a riunire, cinquant'anni dopo la loro realizzazione, le sette tavole che componevano il polittico dell'altare della Chiesa di San Gerolamo della Cervara, presso Santa Margherita Ligure.

Museo Palazzo Bianco
telefono: 010 5572013

Seduzione Impero

GENOVA – fino al 5 maggio 2006
La mostra si articola in due sezioni: una dedicata all'abbigliamento maschile e femminile ed una dedicata ai tessuti di arredamento stile neoclassico ed impero.

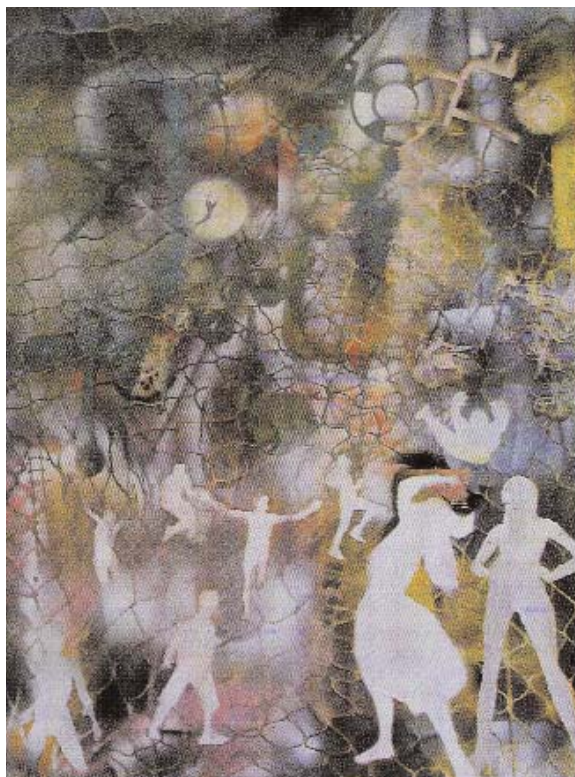
Palazzo Spinola
telefono: 010 2705300
2467786

Maestri della scultura in legno nel ducato degli Sforza

MILANO – fino al 29 gennaio 2006

La mostra riunisce circa ottanta opere tra le più importanti della scultura lignea realizzata in Lombardia tra il Quattrocento ed il Cinquecento.

Castello Sforzesco – Sale viscontee
- telefono: 02 88463703 (biglietteria) - www.milanocastello.it



Ugo Sergi, "La Festa", acrilico su tela

< Pubblicità >

ISLANDA: l'isola delle meraviglie



Promontorio di Dyrhólaey

Testo e foto
di Mauro Subrizi

Sia che restiate affascinati dai fenomeni naturali come i ghiacciai, le cascate, i vulcani attivi, le distese di lava, le aurore boreali delle notti polari, sia che vi lasciate assorbire dalla vita culturale della capitale Reykjavik, lascerete comunque l'Islanda, il più remoto paese dell'Europa, con un profondo senso di nostalgia.

Vent'anni fa questa grande isola era la meta ideale di chi voleva immergersi in paesaggi incontaminati e avventurarsi in impegnative escursioni a piedi. Oggi le attrattive non sono cambiate, e la sola differenza è che nel frattempo l'Islanda è divenuta una delle principali destinazioni turistiche d'Europa. Gli spostamenti sono semplici (almeno in estate), la ricezione alberghiera sta migliorando sia in quantità che in qualità ed è possibile praticare molte attività, dal rafting sui fiumi glaciali al kayak nelle placide acque dei fiordi. In estate si possono avvistare varie specie di balene, nonché delfini e foche. Le scogliere della costa sono

un paradiso per gli appassionati di birdwatching.

L'Islanda inoltre è facile da raggiungere e pianificando il viaggio è possibile contenere un poco i costi, che sono di solito molto elevati.

In Islanda l'alta stagione turistica dura dall'inizio di giugno alla fine di agosto. Quando le ultime nevi si sciolgono e la notte diventa giorno, l'industria del turismo lavora a pieno ritmo: aprono gli alberghi e i campeggi ed è possibile organizzare attività all'aperto.

I viaggi fuori stagione, ossia in inverno, stanno acquistando popolarità, specialmente nel periodo natalizio, quando l'Islanda, soprattutto la capitale, mostra il lato più fe-

stoso del suo carattere. Da fine settembre a maggio è possibile ammirare l'aurora boreale e praticare attività stagionali quali lo sci.

REYKJAVIK. Come tutte le città nordiche Reykjavik ha una apparenza sonnacchiosa, ma nasconde un'anima vivace. È piena di locali graziosi e piacevolmente arredati. Reykjavik è disposta lungo una piccola penisola rivolta verso est. La pittoresca città vecchia ed il porto occupano la costa settentrionale, mentre l'aeroporto dei voli nazionali si trova sulla metà meridionale della penisola. Nel corso degli anni Reykjavik ha assorbito alcuni centri circostanti come Kópavogur, Garðabær e Hafnarfjörður.

Il centro della città è diviso in due parti da Laekjargata. A ovest ci sono le antiche piazze di Austurvöllur e Ingólfstorg nonché Austurstraeti, una via con locali, ristoranti e negozi. All'estremità di Laekjargata verso il porto si trova il terminal degli autobus urbani. L'aeroporto dei voli interni e il terminal degli autobus a lunga percorrenza (BSI) si trovano a sud - est del centro. Mentre l'aeroporto internazionale si trova a Keflavic, a 50 Km di distanza (un autobus speciale lo collega con il centro della città).

Sul lato occidentale di Laekjargata, Austurstraeti cambia nome, prima Bankasraeti e poi Laugavegur. Quest'ultima è la principale via dello shopping, colma di negozi di abbigliamento, bar e ristoranti. Percorrendo Laugavegur verso est si raggiunge Snorrabraut, che separa la città vecchia dalla parte nuova di Reykjavik.

Il primo itinerario dalla capitale si dirige verso la cittadina di Borgarnes, al fondo di un fiordo. La strada scorre tra terra e mare costeggiando fiordi per 118 km. Il territorio è aspro e arido. Si prosegue verso nord lungo la King Road, la statale 447. Si lascia per un po' la costa frastagliata; il paesaggio alterna distese verdi e deserte a fattorie che allevano cavalli. Ci si può fermare in tutte le fattorie del percorso e noleggiare cavalli, per una passeggiata di qualche ora. Si prosegue tra piccole praterie e rocce laviche, zone di deserto totale e plaghe sassose a perdita d'occhio. La meta è Blönduós, sul mare, ancora più a nord. Il fiordo dietro Blönduós è lo Skagafjörður, scenario di una saga che ha due nomi: *l'uomo dell'esilio* o *la saga di Grettir*. Il percorso tra Blönduós e Akureyri, la seconda città islandese e la più settentrionale, copre 145 km. Lungo la strada si incontrano molte 4x4 con grandi ruote e lo chassis rialzato: sono fuoristrada attrezzate per i



Mezzanotte a Reykjavik

guadi dei torrenti e le piste dei deserti pietrosi dell'interno. Akureyri è una piccola città in cui non manca nulla, neppure i noleggiatori di acquascooter per scorrazzare lungo il fiordo che costeggia l'abitato. Akureyri è una tappa obbligata in una delle zone più interessanti d'Islanda, Myvatn, cioè, in lingua locale, il lago di My. Lo specchio d'acqua appare dopo un percorso di 100km circa da Akureyri, tutto giocato in un paesaggio solitario, tra distese di sabbia lavica e con vulcanici spenti di ogni dimensione. Nel lago è possibile pescare, basta pagare per il permesso.

Dopo aver visitato il Myvatn si può dunque ritornare a Reykjavik ripercorrendo il medesimo tragitto (non ne esistono di alternativi).

Dalla capitale è d'obbligo spingersi nella zona dei geyser. L'area dei geyser si trova a 150 km dalla capitale e non lontano da Gullfoss, la

famosa cascata di Gull, dimora di tröll come vuole la solita saga. La spianata in cui i geyser sono attivi è vasta, costellata di polle d'acqua calda a da rigagnoli sulfurei e bollenti. Bisogna badare bene dove si mettono i piedi perché il terreno è incandescente. Dei molti geyser attivi fino a venti anni fa solo quello battezzato Strukkur ancor oggi puntualmente, ogni venti minuti, emette la sua impressionante colonna d'acqua caldissima. Il suo vicino si esibisce sempre più raramente.

Sulla via del ritorno a Reykjavik, a Hveragerdi, si vadano a visitare le serre riscaldate con l'acqua calda geotermica per ammirare verdura, frutta, fiori sbocciati grazie alla stranezza geologica di questo paese, nato da infaticabili vulcani che non vogliono saperne di spegnersi del tutto.

Blaa Lonid vuol dire laguna blu: non si trova ai tropici ma a mezz'ora d'auto dalla capitale. È un laghetto d'acqua calda naturale con accanto una centrale elettrica che la sfrutta per illuminare e riscaldare le abitazioni a tariffe molto basse. A Blaa Lonid si sta a mollo volentieri per ore, le sue piccole onde sono calde e lattiginose grazie all'alto contenuto di minerali. Anche qui, sotto il Circolo Polare artico, si nuota in acque tiepide ed accoglienti. Solo che intorno non ci sono palmizi e spiagge bianche, ma vulcani, ghiacciai e deserti di roccia. ■



Laguna glaciale Jokulsarlon

Cinema e valori della vita:
i corsi organizzati dall'Accademia Nazionale di Medicina

CURARE L'ANIMA OLTRE LA MALATTIA

Accompagnare il paziente nel doloroso percorso che va dalla diagnosi all'esito infausto, per costruire un rapporto che è parte fondamentale dell'assistenza medica. Il grande schermo in primo piano

di Maricla
Tagliaferri

Aspetta che siano seduti. Non essere evasiva. Non usare eufemismi. Offri un fazzoletto. Guardali negli occhi. Stabilisci un contatto. E poi di' semplicemente "mi dispiace".

Questi i consigli ad un medico che deve dare ai pazienti la notizia di una malattia a probabile esito infausto. È la tv a darli, durante una puntata di "E.R. Medici in prima linea". Sembra un paradosso. Invece succede spesso che sia la "fiction" a illustrare problematiche legate al rapporto medico-paziente, meglio di un corposo trattato. Succede così spesso, anzi, che da tre anni un gruppo di medici oncologi tiene corsi di aggiornamento e lezioni "pubbliche" a partire dal cinema. Uno di questi incontri si è tenuto a Roma, a fine ottobre. Si intitolava "Il cinema nei valori della vita". Sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica, salutato dal sindaco di Roma Walter Veltroni, coordinato da Andrea Vianello (conduttore di "Mi Manda RaiTre"), è stato organizzato dall'Accademia Nazionale di Medicina, l'associazione che

promuove attività di aggiornamento e promozione. L'occasione è stata il decennale della Fondazione Federico Calabresi, una delle figure di riferimento dell'oncologia italiana, che ne prosegue l'opera sotto la guida di Cristina Calabresi, sua vedova.

Sono intervenuti il professor Dino Amadori, presidente della commissione scientifica della Fondazione, il professor Aldo Pagni della Federazione Italiana Medici di Famiglia, il professor Paolo Pronzato del Sant'Andrea di La Spezia, il professor Riccardo Torta psico-oncologo dell'Università di Torino, la professoressa Cora Sternberg che dagli Usa si è trasferita in Italia, al San Camillo-Forlanini di Roma ed è stata allieva di Calabresi e il professor Giorgio Mustacchi del centro oncologico dell'università di Trieste. L'idea di utilizzare il cinema è venuta a quest'ultimo, cinefilo impenitente: "Ho selezionato una trentina di pellicole scegliendo le sequenze più funzionali ed abbiamo creato un Cd-rom

che utilizziamo in corsi itineranti di preparazione professionale". Attraverso gli "spezzoni" i medici presenti hanno seguito il percorso della persona malata dalla diagnosi all'esito infausto, la tempesta psicologica che si scatena in chi si sente improvvisamente aggredito, ma anche in chi deve prendersi cura di lui, il medico e i familiari. Partendo da "Guardami", il film che Davide Ferrario dedicò alla vita di Moana Pozzi, si è passato in rassegna il "come dirlo" e "quanto dirne", esaminando il diverso atteggiamento del paziente, oggi molto più informato di ieri, con tutto quel che comporta nel rapporto col curante.

"Un medico, un uomo", in cui William Hurt, medico egli stesso, scopre di avere un cancro e scopre contem-

**Comunicare
la malattia:
"come dirlo"
e "quanto
dirne"**

poraneamente quanto poco umani siano i suoi colleghi, è stato pretesto per parlare di come vadano modificate le strutture ospedaliere, ma anche una certa cultura, per tenere conto di quel cambiamento radicale dell'esistenza che è "avere un cancro".

Con "Voglia di tenerezza", che si portò a casa qualche Oscar grazie all'interpretazione di Shirley McLaine, Jack Nicholson e Debra Winger, si è parlato di famiglia. E di quel gioco delle parti in cui tutti sanno ma fanno finta di non sapere, mentre invece sarebbe forse meglio giocare sulla consapevolezza, per vincere l'angoscia. Il malato terminale Michael Keaton, protagonista di "My life", ha posto il problema di una fine dignitosa, da consumare in strutture confortevoli e con un'adeguata terapia del dolore. Un importante filo rosso ha legato tutti gli interventi: bisogna tornare a curare il malato e non la malattia, perché come afferma Patch Adams "la cura del male può fallire, ma curando l'uomo qualcosa costruiremo comunque". ■

Il cast di E.R.
Medici
in prima linea



A Parigi la vita ritorna "en rose"

PARIGI: LA RISCOSSA DELLA CHANSON

testo e foto di Piero Bottali

Al pari della canzone italiana, quella francese ha una sua connotazione e personalità precisa, pur se origini diverse. La prima è stata fin dagli inizi, nella metà dell'800, espressione del sentimento popolare, carta d'identità della mentalità della gente comune rispecchiandone gli umori, l'evolversi dei costumi e registrando gli andamenti del gusto e del pensiero. La canzone francese ha matrice completamente diversa: poco o nulla legata all'umore popolare, è sempre stata un genere d'autore riferito ad una cerchia di intellettuali. Poeti, filosofi, letterati ne scrivevano i testi - che spesso erano poesie: basti pensare a Jacques Brel e George Brassens - messi poi sul pentagramma da fini musicisti. Sebbene profondamente amata, anche in Francia come in Italia, la canzone tradizionale si è praticamente estinta. Ma a Parigi gruppi spontanei di cittadini e musicisti hanno detto basta all'andazzo e provocatoriamente si danno appuntamento in giorni e luoghi stabiliti per suonare e cantare all'aperto le vecchie, care, dolci *chansons*, quelle di Edith Piaf, Charles Trenet, Barbara, Juliette Gréco; quelle della *rive gauche*, con la chitarra, il basso e la fisarmonica che canta con "voce naturale e tremolo crescente" meglio conosciuta come *musette*, che è un pò il carattere distintivo della canzone francese d'autore. Questi simpatici musicisti-cantanti si spostano secondo l'umore e il tipo di musica: i "poeti" si incontrano di pomeriggio sotto i portici dell'elegante Place des Vosges; quelli più "sfacciati" e che vogliono anche buttarsi sul ballo si danno appuntamento ogni tarda mattinata di bel tempo sul marciapiede di

Forse non ve ne eravate accorti ma la grande canzone francese si è estinta. Nessuno suona più Edith Piaf, Yves Montand, Gilbert Bécaud. Perfino del recentemente scomparso Charles Trenet, indimenticabile autore di *La mer*, si sono perse ormai le tracce musicali. Come da noi in Italia con Mina, insomma. Ma a Parigi, davvero, qualcosa si muove



Musica tradizionale francese sotto i portici di Place des Vosges

fronte al fianco della chiesa di Saint Germain des près e gli ultra-tradizionalisti si trovano a mezzogiorno di domenica davanti alla facciata in stile gotico fiammeggiante della chiesetta di Saint Médard, dove il sagrato si scioglie nella coda del pittoresco mercato di via Mouffetard. Sono una quindicina più un fisarmonicista, tutti sulla sessantina, e cantano allegri e accorati, ispirati e consapevoli. "Vede, m'sieur - mi spiega una bella signora mettendomi in mano lo spartito di "Les feuilles mortes" - noi siamo la risposta a quella roba orribile che fa solo bum-bum: la discomusic, il rap, l'hip hop, il rave ed altre conneries. Che fine ha fatto la nostra bella chanson così romantica e

suggestiva? Ormai a Parigi non si sente più, a meno di andare nell'unica guinguette rimasta". In argot, il dialetto parigino, la *guinguette* è un locale appartato e nostalgico dove si ascolta musica frizzante e struggente degli anni passati, si balla e si beve *vin brûlé* o *pernod* allungato con acqua. L'ultima sopravvissuta - scrivetevi l'indirizzo - si chiama Chez Louissette. Va cercata con pazienza nei meandri del Mercato delle Pulci, settore Vernaison, avenue Michelet 130, aperta il sabato e la domenica. Come entrate, madame Louissette vi scruta e vi soppesa. Poi sale sul piccolo palco e canta - sembra solo per voi - *Que reste-t-il de nôtre amour?*, *Frou Frou*, *La vie en rose*, *La mer*... ■

Pianta tossica, pochi lo sanno

Il dott. Fabio Firenzuoli, direttore dell'UO Centro di Medicina Naturale dell'Ospedale S. Giuseppe di Empoli ci ha scritto una lettera allarmata per la pubblicazione nel numero 9 del nostro giornale di una notizia relativa al Camedrio una pianta ad "altissimo rischio" per nulla curativa. Il dottor Firenzuoli, tra l'altro, scrive:

"... Il Camedrio è pianta proibita dal Ministero della Salute, sotto tutte le forme, erboristiche e farmaceutiche, perché epatotossico (responsabile di epatiti acute e fulminanti). Regolamentato dal Ministero con Decreto 30 maggio 2003 Divieto d'uso della pianta Teucrium Chamaedrys, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.185 dell'11-8-2003.

Il fatto peraltro è noto in letteratura da oltre 10 anni:

Larrey D et al. Hepatitis after germander (Teucrium chamaedrys) administration: another instance of herbal medicine hepatotoxicity. Ann Intern Med. 1992 Jul 15;117(2):129-32.

Perez Alvarez J et al. Acute hepatitis due to ingestion of Teucrium chamaedrys infusions. Gastroenterol Hepatol. 2001 May;24(5):240-3.

Kpuzi SA et al. Hepatotoxicity of germander (Teucrium chamaedrys L.) and one of its constituent neoclerodane diterpenes teuclin A in the mouse. Chem Res Toxicol. 1994 Nov-Dec;7(6):850-6.

Firenzuoli F. FITOTERAPIA, Masson ed., Milano, 2002. pagg. 84-85.

Firenzuoli F., Gori L, Neri D. Fitoterapia clinica: opportunità e problematiche. Ann Ist Super Sanità 2005;41(1):27-33

Farmacovigilanza News. N° 12/13 2005. pag. 12 AIFA - Ministero della Salute.

Il dottor Firenzuoli conclude: "Vista da un lato la serietà del Giornale e la sua importante tiratura, dall'altro la facile reperibilità della pianta che cresce spontanea anche nel nostro Paese, sono con la presente a chiedere una urgente e completa rettifica all'articolo suddetto onde evitare gravi effetti negativi.

Certo dell'attenzione e a disposizione per ogni eventuale necessità".

Fabio Firenzuoli

Dir. UO Centro di Medicina Naturale
Ospedale S. Giuseppe – Empoli

Centro di Riferimento regionale per la Fitoterapia

Presidente Associazione Nazionale Medici Fitoterapeuti

Dir. Scuola di Fitoterapia clinica

Prendo atto, con inevitabile rammarico, della giustezza della presa di posizione scientifica del dott. Fabio Firenzuoli, del resto conosciuto come uno tra i maggiori studiosi nel campo della Fitoterapia. La decisione del Ministero della Salute circa il Camedrio, che risale a due anni fa, mi era completa-

mente sfuggita. Le mie fonti sono "L'Enciclopedia delle piante medicinali – George D. Pamplo- na Roger – edizioni De Agostini 1999"; "Cento piante medicinali – May Rombi – edizioni Romart 1993"; "Piante medicinali e velenose della flora italiana – a cura del dott. Severino Viola – edizioni Maestretti 1965".

Capita, purtroppo, specie nel campo delle piante e delle erbe, di dover fronteggiare cambiamenti di indirizzo terapeutico e chi, come me, studia con passione ed esperienza questi temi ne è perfettamente al corrente. Pertanto, ringrazio il Dott. Fabio Firenzuoli per l'opportuna precisazione che mi spinge ad ampliare gli aggiornamenti.

Carolina Bosco Mastromarino

Anche su Internet, sul sito dell'Associazione nazionale medici fitoterapeuti, è riportato l'allarme del Dottor Firenzuoli il quale, sotto il titolo "IL CAMEDRIO, Pianta EPATOTOSSICA" illustra che una sua recente "Indagine sulla disponibilità del Camedrio (Teucrium chamaedrys L.), pianta tossica, in farmacia ed erboristeria", condotta in 41 farmacie e 22 erboristerie, ha sorprendentemente dimostrato come sia facile acquistare, anche senza ricetta medica, una pianta che lo stesso Ministero della Sanità ha dichiarato tossica con decreto del 1996.

L'indagine ha accertato che soltanto in 2 farmacie e 2 erboristerie (6,3%) il Camedrio è conosciuto come tossico, mentre negli altri 59 casi (93,7%) non è conosciuto come tale, e di questi: 6 (9,5%) sanno che è stato ritirato dal commercio per motivi imprecisati; 14 (22,2%) non lo conoscono proprio e neppure lo cercano; 13 (20,7%), di cui 5 farmacie e 8 erboristerie, hanno invece il Camedrio disponibile, e lo vendono subito o dopo preparazione o su ordinazione, anche senza ricetta medica (in erba o estratti) e senza alcuna avvertenza all'acquirente; gli altri 26 (41,3%) accettano comunque la richiesta, lo cercano, ma non lo trovano disponibile.

Questi dati confermano:

1. Scarsa conoscenza dei rischi di tossicità dei cosiddetti "prodotti naturali"
2. Libera vendita del Camedrio nonostante il Decreto ministeriale e l'ampia letteratura in merito
3. Necessità di informare sulla possibilità di casi di epatite da uso di tisane o preparazioni a base di Camedrio o altre piante epatotossiche, assunte per automedicazione. ■

Mai dire "ho finito in giardino"

di **Diana Geraldini**



In una recente intervista rilasciata ad una televisione una grande esperta inglese di piante e fiori ha detto: "Che tristezza mi viene quando sento dire da qualcuno: 'finalmente ho finito di fare il mio giardino'. Questo perché la realizzazione di un giardino è senza fine e non la si può paragonare alla costruzione di una casa che con la copertura del tetto è da considerarsi terminata. Il giardino, invece, deve essere in continua evoluzione, ha bisogno di perfezionamenti, di innovazioni, di arricchimenti. Solo così sarà sempre pronto ad offrirvi inedite meraviglie". Parole sante, che acquistano ancora più significato in questo periodo, quando la maggior parte della gente abbandona la cura di giardini e terrazzi, come se l'inverno impedisse di sviluppare nuove idee sia per quanto riguarda il presente, sia per il futuro.

Nulla ci vieta, nella stagione fredda, di rimodellare con nuove piante zone che sono state trascurate in passato o alle quali desideriamo dare un nuovo look. Nessun periodo è migliore di questo per piantare gli alberi; le piante, infatti, sono in gran parte in letargo e quindi nel trapianto non accusano sofferenze. E non è detto che gli alberi sempreverdi non siano maggiormente ornamentali in pieno inverno. Avete mai visto i rami spogli di una pianta adornarsi con merletti di

ghiaccio o di brina? È qualcosa che trasforma il nostro giardino in un luogo incantato.

Un discorso a parte meritano i fiori. Non è detto che in questo periodo le airole debbano cadere nell'oblio e apparire come incolte zone dimenticate. Se parliamo di piantine fiorite possiamo scegliere fra vari gioielli dell'inverno. Le pansee o viole del pensiero sono considerate le reginette del freddo; con le loro innumerevoli tonalità rallegreranno terrazzi e giardini offrendo una fioritura che durerà fino all'inizio della primavera. E che dire dei ciclamini che non solo danno fiori splendidi, ma con il fogliame di un bel verde scuro trasformano le airole in morbidi cuscini? Anche molti cespugli fioriscono in inverno. Uno che diffonde nell'aria un profumo intenso è il calicanto invernale (*Chimonanthus praecox*). Ha una crescita compatta e fiorisce, sui rami spogli, con campanelle gialle macchiate all'interno di porpora. Una leggenda cinese racconta che i fiori del calicanto sono stelle cadute dal cielo per consolare un uccellino che aveva ceduto il suo nido ad un compagno ferito; per questo nei dipinti la pianta è rappresentata con un passero tra i rami. Altrettanto resistente al gelo è l'hamamelis; fiorisce abbon-

dantemente per tutta la stagione fredda e i suoi fiori, che sembrano ragnetti gialli, hanno un profumo insolito: ricorda quello di pulito che emettevano i bucati di un tempo, appena stesi. Un altro cespuglio che si sviluppa più in larghezza che in altezza è il viburno fragrans. Produce mazzetti di fiori che appaiono rosa quando sono ancora in boccio e poi diventano bianchi quando si aprono completamente. È difficile non accorgersi in un giardino della presenza della lonicera fragrantissima dato l'intenso profumo dei numerosi fiorellini bianchi che coprono i suoi rami.

Come si vede, il giardino anche d'inverno può darci grandi soddisfazioni e ci consente di frequentarlo, specialmente nelle cristalline giornate di tramontana allontanando quella tristezza di cui parlava la signora inglese. ■



Non dimentico mai una faccia, ma nel tuo caso farò un'eccezione.

Groucho Marx, grande attore statunitense

Dicembre e le sue storie

11 dicembre 1936

Edoardo VIII abdica al trono in favore di Giorgio VI. Il motivo del gesto è il matrimonio del re inglese con la divorziata Wallis Simpson.

11 dicembre 1937

L'Italia esce dalla Società delle Nazioni.

22 dicembre 1947

La nuova Costituzione italiana viene approvata. Entrerà in vigore il 1° gennaio del '48.

19 dicembre 1947

Il pugile Sugar Ray Robinson conquista a Detroit il titolo di campione del mondo dei pesi welter battendo Chuck Taylor.

10 dicembre 1955

È lo svedese Hugo Theorell ad ottenere il Nobel per la Medicina per i suoi lavori sugli enzimi che trasportano l'ossigeno.

15 dicembre 1959

Il Nobel per la letteratura va a Salvatore Quasimodo.

15 dicembre 1965

Walt Disney, il creatore di Topolino e tanti altri personaggi che hanno fatto la gioia di intere generazioni di bambini, muore in California all'età di 65 anni.

3 dicembre 1967

Primo trapianto di cuore riuscito: il cardiocirurgo che lo porta a termine è Christian Barnard.

31 dicembre 1972

Si chiude al British Museum di Londra la mostra sul tesoro di Tutankhamon. La hanno visitata 1,6 milioni di visitatori.

10 dicembre 1976

Due ricercatori americani, Baruch S. Blumberg e Daniel C. Gajdusek ricevono il Nobel per la Medicina per la lotta contro l'epatite B ed il morbo di Parkinson.

4 dicembre 1977

La nazionale italiana di tennis è battuta a Sidney per 3 a 1 dagli australiani, che si aggiudicano così la Coppa Davis.

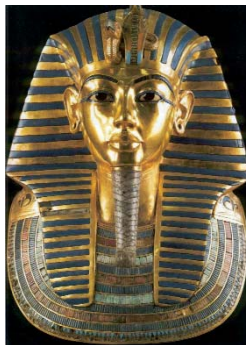
10 dicembre 1979

Allan M. Cormack e Godfrey N. Hounsfield sono premi Nobel per la Medicina. Il loro lavoro consentì lo sviluppo della tomografia assiale computerizzata.

24 dicembre 1979

Nella Guyana francese viene lanciato nello spazio con successo il razzo vettore Ariane.

Tutankhamon



2 dicembre 1982

Negli Stati Uniti viene impiantato in un uomo un cuore interamente artificiale. Il paziente è Barney Clark, operato presso l'Università dello Utah.

5 dicembre 1986

In Italia il ministro della Sanità Donat Cattin

dà il via a nuove misure per la lotta all'Aids.

21 dicembre 1987

Dopo 326 giorni trascorsi nello spazio l'astronauta russo Jurij Romanenko fa rientro sulla Terra.

1 dicembre 1988

Benazir Bhutto diviene capo del governo pachistano. È la prima volta che una donna accede a tale carica in un paese islamico.

9 dicembre 1990

In Polonia Lech Walesa, leader di Solidarnosc, viene eletto presidente.

11 dicembre 1991

A Maastricht si decide la fondazione dell'Unione Europea. L'Unione Monetaria dovrà essere istituita entro il 1999.

21 dicembre 1991

Vede la luce la Comunità degli Stati Indipendenti (CSI): si scioglie così definitivamente l'Unione delle repubbliche socialiste sovietiche (URSS).

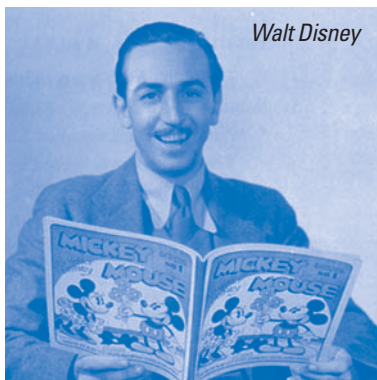
25 dicembre 1997

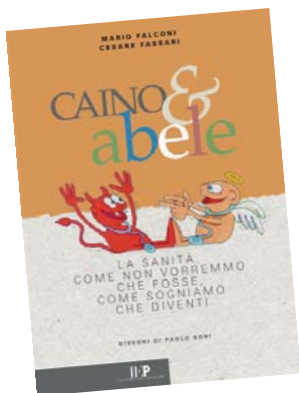
Muore Giorgio Strehler, grande regista, maestro di recitazione e fondatore a Milano del "Piccolo Teatro".

Sugar Ray Robinson



Walt Disney





Medico e paziente

Un saggio di Falconi e Fassari con illustrazioni di Boni alla ricerca di una pax non impossibile

La Sanità è un bene prezioso fatto di centinaia di migliaia di uomini e di donne dedicati e motivati, di tante imprese pubbliche e private che vi investono, di tanti sogni e speranze troppo spesso delusi". Queste parole si leggono, tra l'altro, nella presentazione di una pubblicazione di 31 pagine, opera scritta da Mario Falconi segretario nazionale della FIMMG, Presidente dell'Ordine di Roma e nostro vice presidente vicario e dal giornalista Cesare Fassari direttore di numerose testate medico scientifiche e di politica sanitaria. I due autori hanno titolato la loro fatica: "Caino e Abele", quasi a voler mettere ancora una volta sul piatto della bilancia il rapporto medico/paziente che è diventato, via via, sempre più complesso. "Sia per l'evoluzione del cit-

tadino - si legge - rispetto ai temi della tutela della salute (più bisogni, più informazione ma anche più aspettative spesso esagerate) sia per le difficoltà del medico di reinventarsi un nuovo approccio con il paziente capace di coniugare professionalità e competenza con umanità e capacità di dialogo. È ormai evidente quanto sia importante recuperare un rapporto dinamico, trasparente e professionale di mutuo rispetto tra i soggetti". Falconi e Fassari, impavidi, procedono sul terreno minato della nostra salute. Affrontano, brevemente ma con incisività non comune, i temi più controversi: la burocrazia, i moti della politica e la buona politica, il trionfo della incomunicabilità, il consenso informato e la partecipazione, l'attenzione all'etica e alla persona. Con una signorile nonchalance, che però lascia il segno, affondano "bisturi" e penna sul "buon uso del farmaco", sulle nuove guerre tra ricchi

e poveri e sul federalismo che considerano rischioso perché lo vorrebbero "intelligente in grado di salvaguardare i grandi diritti universali del cittadino a partire dall'equità, dall'uguaglianza e dalla solidarietà che non devono essere incrinati".

La pubblicazione "picchia" anche su temi tormentati quali l'incapacità di investire in sanità, e la difficile situazione ospedaliera, per concludere con una rapida panoramica su pubblico e privato. Sembra, a leggere, questa succinta pubblicazione, che si tratti della trascrizione di una lunga e moderna telefonata con il lettore, moderna perché su un "fantastico" display compaiono, pagina dopo pagina, i disegni del nostro Paolo Boni, questa volta meno "indiscreto" rispetto alle vignette che mensilmente pubblichiamo, ma sempre incisivo ed elegante.

Caino e Abele questa volta potrebbero andare d'accordo ... ■

G. Cris.



LAVORARE ALL'ESTERO

Caro Presidente,
nel marzo 2003 ho presentato domanda di ricongiunzione presso l'Enpam di un periodo di due anni di attività svolta precedente alla laurea, in qualità di lavoratore dipendente, nella Repubblica Federale Tedesca. Nel giugno scorso ho dovuto rinunciare, per il fatto che i contributi versati in Germania non possono essere trasferiti in Italia. Questa è la conclusione dell'INPS e accettata dall'Enpam.

Se avessi svolto l'attività in Italia ai sensi della Legge 45/90 la domanda sarebbe stata accolta ottenendo un'unica posizione contributiva utile ai fini della pensione di anzianità, due anni in più.

Se l'Italia applica i Regolamenti Comunitari che prevedono la possibilità di utilizzare i contributi versati in tutti i Paesi dell'Unione Europea, l'INPS riconosce i periodi di attività svolta in questi Paesi ad esempio con la totalizzazione, senza che sia necessario il trasferimento dei contributi da un Paese all'altro, l'Enpam non è in contrasto con le leggi italiane ed europee?

A questo punto ti chiedo in qualità di Presidente dell'Enpam ed ex Parlamentare europeo: quale forma (riscatto, totalizzazione, contribuzione volontaria, ecc.) posso utilizzare per maturare il diritto di pensione di anzianità nel 2011 (62 anni di età anagrafica, 31 anni di contribuzione lavorativa, 6 anni di riscatto di laurea e 1 di servizio militare) anno in cui posso vantare 38 anni di contribuzione e non 40 perché ho lavorato in Germania?

Penso che tu possa chiarire meglio la mia situazione. Cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
la vigente normativa comunitaria in materia di sicurezza sociale (Regolamenti CEE 1408/71 e 574/72) non prevede la possibilità di ricongiungere presso una Cassa di previdenza i contributi versati a seguito di attività lavorative svolte in altri Stati membri. La suddetta normativa applica, infatti, esclusivamente l'istituto della totalizzazione, in base al quale, ai periodi di assicurazione compiuti sotto la

legislazione di uno Stato membro della U.E. si aggiungono i periodi di assicurazione compiuti sotto la legislazione di ogni altro Stato membro, nella misura in cui è necessario ricorrervi per l'acquisizione, il mantenimento o il recupero del diritto alle prestazioni.

Peraltro, i contributi versati presso ciascun Ente di previdenza ti garantiranno l'erogazione di un trattamento previdenziale pro-quota, commisurato all'ammontare della contribuzione maturata presso le singole Gestioni.

Ti ricordo, inoltre, che per i Sanitari che non abbiano compiuto il 65° anno di età, le condizioni necessarie per ottenere il trattamento definitivo a carico del Fondo dei medici di medicina generale sono, a norma del vigente Regolamento:

- la cessazione totale dell'attività a rapporto professionale con le Istituzioni del S.S.N.;
- il raggiungimento di un'anzianità contributiva di almeno 35 anni;
- il possesso da almeno 30 anni del diploma di Laurea in medicina e chirurgia;
- il compimento del 58° anno di età.

Tenendo conto del riscatto degli anni di laurea e considerato che compirai 58 anni nel marzo del 2009, potrai godere del trattamento pensionistico dal mese di ottobre 2009, in quanto, con l'introduzione delle cosiddette "finestre di uscita" (art. 59, commi 6-7-8-20 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449), l'accesso alla prestazione di anzianità viene differito rispetto al momento in cui si conseguono i requisiti richiesti.

Cordialità.

Eolo Parodi



FORSE MI CONFONDO

Caro Presidente,
sono pensionato Enpam, ti chiedo consiglio su come comportarmi sulla ritenuta IRPEF sia da parte dell'Enpam sia da parte dell'INPS di cui sono titolare di pensione.

All'età di 86 anni, vi chiedo aiuto per sistemare anche la questione degli assegni familiari per mia moglie invalida al 75 per cento. Gradirei che il "mio" Ente avesse l'incombenza di detrarre l'IRPEF anche per la pensione INPS.

Forse mi confondo, consigliami tu.

Ti ringrazio infinitamente, in attesa di un cortese riscontro.

(lettera firmata)

Caro Collega,
la vigente normativa fiscale prevede che le prestazioni pensionistiche, erogate da parte di più Enti previdenziali, siano assoggettate alla ritenuta fiscale determinata dall'INPS, in qualità di gestore del Casellario pensionistico. La circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 57 del 22 dicembre 2003 ha specificato che l'imposta da applicare sulle pensioni corrisposte a pensionati titolari di trattamenti previdenziali corrisposti da diversi Enti previdenziali venga ripartita in proporzione alla entità delle varie prestazioni.

Pertanto l'INPS, nella sua qualità di gestore del Casellario pensionistico, comunica a ciascun Ente previdenziale l'entità delle ritenute IRPEF che devono essere operate sulle prestazioni pensionistiche erogate ai pensionati beneficiari di trattamenti pensionistici corrisposti da diversi Enti Previdenziali e le deduzioni fiscali applicate, in proporzione, sul trattamento corrisposto dalla Gestione alla quale rivolge detta comunicazione.

Per quanto concerne la tua posizione si evidenzia che l'INPS ha comunicato che la ritenuta IRPEF, al netto delle deduzioni per familiari a carico e per redditi da pensione, che complessivamente deve essere effettuata sulle prestazioni a te corrisposte nel 2005 dall'Enpam, è pari ad euro 2.615,74 (ossia euro 217,98 mensili).

Inoltre, nella predetta comunicazione, l'INPS ha specificato che, ai fini della determinazione della imposta da trattenere sulle tue pensioni a carico di questa Fondazione, sono state considerate deduzioni fiscali per familiari a carico di importo pari ad euro 985,14 (pari ad euro 82,09 mensili) e deduzioni per reddito da pensione di importo pari ad euro 562,64 (pari ad euro 46,88 mensili).

Si precisa che le detrazioni di imposta consistono in importi di ammontare predeterminato che si sottraggono all'imposta teoricamente dovuta, le deduzioni, invece, sono importi che riducono l'imponibile da assoggettare all'imposta. La vigente normativa fiscale avendo introdotto le deduzioni fiscali per oneri familiari, non prevede più l'applicazione di detrazioni fiscali per i familiari a carico.

I miei più cordiali saluti.

E.P.



NEL 2008 POSSO "CHIUDERE"?

Caro Presidente,
svolgo l'attività di medico di medicina generale convenzionata dal 1978.

Per motivi personali ho l'intenzione di porre termine alla mia attività lavorativa nell'agosto 2008.

In quell'anno avrò infatti i seguenti requisiti:

- 30 anni di laurea;
- 36 anni di contribuzione;
- 56 anni di età.

Con le attuali norme per poter andare in pensione compirò i cinquantotto anni di età nel mese di febbraio 2010.

È da molto tempo che sul nostro Giornale della Previdenza vengono pubblicati numerosi articoli in cui si fa cenno ad un prossimo ed inevitabile cambiamento delle attuali norme pensionistiche riguardanti l'anzianità.

Si ipotizza infatti un innalzamento dei contributi (cosa giustissima!) ma anche, purtroppo, dell'età.

Infatti dopo tanti anni di lavoro quando ci si avvicina al raggiungimento della meta si rischia un notevole rinvio.

Caro Presidente, non vi è cosa peggiore della incertezza specialmente quando molti di noi avevano programmato un cambiamento radicale del proprio lavoro e della vita. Sapere quindi di quanti anni si dovrà ancora rinviare la pensione è importante. Se non sbaglio

l'Enpam ha delegato allo Studio Treu i termini della riforma ma io credo che tu, puoi sbilanciarti anticipando qualche ipotesi in cantiere. In poche parole si passerà dagli attuali 58 anni a 59 anni oppure a 60 anni... o ancora di più? E tutto ciò da quando incomincerà? Spero comunque che le scelte siano in sintonia con la base e soprattutto non penalizzanti.

In attesa di una tua risposta voglio suggerirti di prendere in considerazione di cambiare lo statuto e permettere anche a noi medici di base di poter riscattare le eventuali specializzazioni come attualmente è possibile per i medici ambulatoriali.

Questa operazione porterebbe denaro fresco nelle casse dell'Ente e permetterebbe a noi medici un doppio vantaggio: maggiore pensione accompagnata alla possibilità di anticipare l'età pensionabile sfruttando la norma dei quaranta anni di contribuzione a prescindere dall'età.

Con affetto ti invio i miei cordiali saluti ed auguri di buon lavoro.

(lettera firmata)

Caro Collega,
innanzitutto ti rassicuro: nel prossimo futuro non si prevedono modifiche sostanziali dei requisiti di accesso per il trattamento di anzianità, come è stato più volte divulgato dai nostri organi di informazione.

Questa è stata una importante vittoria della categoria, perché nella prima stesura l'inasprimento dei requisiti per il pensionamento di anzianità previsto dalla Legge 243/2004 riguardava anche gli iscritti alle Casse di previdenza dei liberi professionisti; l'accesso alla pensione di anzianità dal 2008 non sarebbe più stato possibile a 58 anni di età e 35 anni di anzianità contributiva.

Ti comunico, pertanto, che potrai cessare, qualora lo desideri, l'attività in convenzione nell'agosto 2008. Ti informo, però, che la pensione avrà decorrenza dall'ottobre 2010, data di apertura della "finestra" prevista dalla Legge 449/1997. L'importo della prestazione è quantificabile in circa euro 2.160,00 mensili lordi.

Tieni presente che, proseguendo l'attività professionale in convenzione fino al 30.9.2010, eviteresti soluzione di continuità tra retribuzione e pensione. L'ammontare mensile lordo della prestazione pensionistica, in tal caso, sarebbe pari a circa euro 2.440,00.

Il tuo suggerimento di rendere riscattabile la specializzazione anche per i medici generici che non svolgono attività di pediatra, è già stato sottoposto alla competente Commissione consiliare per i Regolamenti di previdenza.

La Commissione, tuttavia, non ha aderito a tale proposta per non creare sperequazioni nella categoria, in quanto tutti i medici dipendenti, e pertanto anche quelli a rapporto d'impiego, possono riscattare ai fini previdenziali solo il titolo di studio strettamente necessario per l'esercizio della professione.

Nulla vieta, però, che questo argomento, ove sollecitato da un certo numero di iscritti, possa essere successivamente riesaminato dalla Commissione di recente costituzione. Mi è gradita l'occasione per porgere i più cordiali saluti.

E.P.

Spulciando qua e là

di Franziska Steno



Buvia - Uganda

Un uomo è stato sorpreso con una testa umana infilata in un sacchetto di carta. La polizia Ugandese lo ha fermato quasi per caso a Bunia, una città al confine tra Kenya e Uganda. Le forze dell'ordine ritengono che l'uomo fosse dedicato da tempo a questo tipo di contrabbando, precisando che una testa di morto in Africa può valere fino a 10mila (?). I poliziotti non si sono preoccupati di spiegare di quale valuta stessero parlando. Diecimila scellini keniani valgono, infatti, circa 1200 euro mentre se, al contrario, la moneta in questione fosse quella Ugandese, ipotesi molto più probabile, la somma sarebbe di poco superiore ai 5 euro. In tutta l'Africa subsahariana, e non solo, i resti umani sono molto ricercati dai medici tradizionali e dagli stregoni perché ritenuti estremamente utili per curare malattie e allontanare la sfortuna. Secondo alcuni queste pratiche sarebbero d'uso comune tra gli emigranti anche in Europa.

Non è, com'alcun crede, morte il peggio.

Michelangelo - dalle "Rime"



Milano - Italia

Giuseppe era evaso dalla panchina, dove un giudice con un provvedimento surreale lo aveva confinato alla reperibilità nelle ore notturne. Il motivo di questa evasione era semplice e destinato a essere naturalmente reiterato: doveva fare pipì. E visto che la sua dimora all'aria aperta, poco distante dal dormitorio comunale, non è equipaggiata per le necessità fisiologiche, niente di più semplice che allontanarsi dagli sguardi di macchine e passanti. Sfortuna ha voluto che proprio in quell'istante è passata la pattuglia del commissariato, nel turno di controllo dei sorvegliati. Tanto è bastato perché scattasse la caccia all'uomo, finita, però, dietro ai cespugli. Giuseppe, in quanto evaso dal suo domicilio,

anche se si tratta di una panchina sotto un gazebo e vicino a un'aiuola, è stato arrestato "per non aver ottemperato agli obblighi di sorveglianza speciale", con successivo trasferimento al carcere San Vittore. Il giorno dopo, il giudice ha convalidato l'arresto e deciso la sua scarcerazione. Giuseppe può ritornare a casa, alla panchina ovviamente.

Nulla, neppure un giudizio giusto, è più intelligente di una sospensione del giudizio.

Henry Million de Montherlant - Servizio inutile



Dartmouth Inghilterra

Una vedova di Dartmouth, un paesino a sud dell'Inghilterra, ha rimosso il busto in marmo che aveva fatto scolpire sulla tomba di suo marito e se lo è portato a casa per evitare che venisse sequestrato. La donna non era stata in grado di sborsare la seconda rata dei pagamenti alle Pompe funebri Nelson Monument del Sussex. "So che sto sbagliando" ha detto la vedova "ma non posso permettere che lo portino via".

I creditori hanno miglior memoria dei debitori.

Benjamin Franklin - Il modo di diventare ricchi



Shanghai - Cina

Il tribunale di Shanghai ha rifiutato la domanda di annullamento di un contratto di acquisto di una villetta nella campagna cinese. Il nuovo proprietario aveva cercato di disfarsi della casa dopo aver saputo che il precedente inquilino era stato sbranato da un orso entrato nella villetta di notte.

Gli animali sono amici così simpatici: non fanno domande, non muovono critiche.

George Eliot - Scene di vita clericale



Nuova Delhi - India

La commissione nazionale per i diritti umani indiana ha liberato da un manicomio del nord del paese un internato rivelatosi completamente sano. L'uomo era stato mandato lì più di 50 anni fa. I dirigenti dell'ospedale hanno detto di essere molto dispiaciuti per l'accaduto.

Si nasce tutti pazzi. Alcuni lo restano.

Samuel Beckett - Aspettando Godot

L'assassinio del dott. Fortugno Un altro medico vittima della violenza

Affettuoso messaggio del nostro
Presidente alla vedova anche lei medico

Un altro medico è caduto sul campo. Franco Fortugno 54 anni, vice Presidente del Consiglio regionale della Calabria, è stato ucciso con cinque colpi di pistola a Locri domenica 16 ottobre. L'Enpam partecipa al dolore della famiglia. Il Presidente Parodi ha scritto alla Vedova, anche lei medico, l'affettuosa lettera che pubblichiamo.

Gentile Signora Maria Grazia,

scrivo come Presidente della Fondazione Enpam ma anche come collega, e per questo, anche in considerazione della mia storia personale e della mia età, concedimi di darti del Tu e di rivolgermi a Te come a una delle mie figlie.

Nella vita ho vissuto tanti momenti difficili, dal campo di concentramento alla guerra, alla perdita di persone a me care. Ho conosciuto il dolore più profondo e mi sono posto quesiti cui non ho trovato immediata risposta. Lo stesso sentimento mi ha colpito, insieme a un profondo sconcerto, alla notizia dell'efferata e vile uccisione di Tuo marito Franco Fortugno, un collega che avevo avuto modo di apprezzare come professionista preparato e come uomo mite ed onesto. Anche in questo caso mi sono interrogato sul perché, in maniera assurda ed inaccettabile, a pagare siano quasi sempre gli uomini che hanno messo la propria vita al servizio della società con una scelta professionale e politica coraggiosa, dalla parte dei più deboli.

Oggi tutti gridiamo che la nostra Società non può non indignarsi, ribellarsi e costringere lo Stato a difendere, proteggere i suoi uomini migliori, ma abbiamo fatto realmente tutto il possibile per contribuire a rendere questa stessa Società migliore e più sicura? Non è certo solo in occasioni come queste che dovremmo interrogarci sul nostro impegno nella professione, nell'associazionismo, nella politica, ma quotidianamente, ogni volta che i nostri occhi s'incrociano con quelli di un malato, di una madre preoccupata o di un adolescente confuso da ciò che gli sta succedendo intorno.

Per loro il Tuo Franco cercava soluzioni e speranze, in una realtà storicamente difficile, mettendo in evidenza la sintesi di una profonda sensibilità ed umanità verso gli altri, che ieri lo facevano amare da chi lo conosceva e che oggi tutti gli riconoscono.

Cara Maria Grazia, come medico, sai che la vita è solo un momento del nostro più grande destino, come madre senti che questo è il giorno in cui Anna e Giuseppe hanno ancor più bisogno di sentirti vicina. Spero che la Fede ti sostenga nel portare avanti entrambi questi straordinari compiti, con lo stesso entusiasmo e la dedizione che caratterizzava l'azione del Tuo Franco.

Ti giunga il nostro abbraccio affettuoso nel ricordo perenne di un marito, di un padre, di un collega che lascia tanti rimpianti, ma anche la traccia indelebile di una vita vissuta all'insegna dei grandi valori della lealtà, dell'amicizia e della fraterna solidarietà.

Non esitare a contattarmi ogniqualvolta potrei esserti di aiuto.
Con stima.

Eolo Parodi

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

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

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

Editore: Fondazione ENPAM

Foto: Archivio ENPAM

Stampa: Grafica Editoriale Printing srl
Via Enrico Mattei, 106 - 40138 Bologna
Tel. 051 536530 - Fax 051 536528
email: venditalia@grafprint.it

"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".

Concessionaria Pubblicità

S.P.E. Società Pubblicità Editoriale spa
Viale Milanofiori str.3 - PAL.B/10 - 20090 Assago (MI)
Tel. 02 575771 - Fax 02/57577364
Via Enrico Mattei, 106 - 40138 Bologna
Tel. 051 6033900 - Fax 051 6033907

In collaborazione con:

CONTRACTA srl

Via Simone d'Orsenigo, 21 - 20135 Milano
Tel. 02 55 195 259 - Fax 02 55 017 411

MENSILE - ANNO VII - N. 10 DEL 18/11/2005
COPIE 415mila

**IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA
DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI**

Via Torino, 38 - 00184 Roma

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Tel. 06 48294814 - Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

OTTIMIZZAZIONE

Claudia Furlanetto: Tel. 06 48294534

email: c.furlanetto@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermoni

email: studio.sermoni@email.it

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

Alessia Benussi: Tel. 06 48294887 - Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno: tel. 06 48294890

email: archivio.giornale@enpam.it