

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

ENPAM
www.enpam.it

anno VIII - n° 10-2006 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



**PARODI
PIÙ
AUGURI
DI PRIMA**

p. **5**

**NUOVE STRATEGIE
COMUNICARE
PER CONDIVIDERE
VALORI POSITIVI**

p. **6**

**FACCIAMO IL PUNTO
PENSIONI:
TEMA
ESPLOSIVO**

p. **7**

**PREVIDENZA ENPAM
IL 2006
ANNO
IMPORTANTE**

p. **10**

Interno d'ospedale - Incisione del Secolo XIX, Milano, Raccolta Bertarelli

< Pubblicità >

< Pubblicità >

Numero 10/2006 **in questo numero**

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

- 5 Più auguri di prima
- 6 Comunicazione e valori positivi
- 7-8-9 Pensioni: tema che infiamma il dibattito
- 10-11 2006: un anno importante per la previdenza
- 12 Procedure informatiche Enpam
- 14-15 L'intervista: la chirurgia vascolare
- 16-17 Linee-guida e ricerca genetica
- 18-19 Immigrazione, turismo e salute pubblica
- 20 Assenze per maternità e ferie
- 21 Aeronautica e trasporto sanitario d'urgenza
- 22-23 Stress e psichiatria
- 24-25 La missione umanitaria "Ridare la luce"
- 26 Igiene in corsia
- 27 Si celebra il 118
- 28 Edentulia: un problema italiano?
- 32-33 Medici illustri: William Harvey
- 34-35 Il lato oscuro della vecchiaia
- 36 Mostre in Italia
- 37 Art Verona 2006
- 38-39 Libri recensiti
- 42-43 Evidenze su Internet
- 44 Accadde a... Dicembre
- 46 Aziende e tecnologia informatica
- 47-55 Congressi, convegni, corsi
- 56 Letteratura scientifica
- 57 In-Editoria
- 58-59 Vita degli Ordini
- 60 Le erbe
- 61 I fiori
- 62 Francobolli tra passato e presente
- 63 Ricerca: bestrofina e olfatto
- 65 Emicrania e obesità
- 67 GB: liste di attesa
- 70 Cinema: l'arte del trailer
- 71 Musica: canzoni di Natale
- 72 Scatti antichi: in giro per Roma
- 73 Immagini del passato
- 74 Notizie
- 75 Inglese: lingua del futuro?
- 76-77 Lettere al Presidente
- 78 Danno da mancata interruzione di gravidanza
- 79 Spulciando qua e là

SOMMARIO



*La Redazione
augura ai lettori
i migliori auguri
di Buone Feste*



L'incisione pubblicata in copertina ci porta a un grande problema che da sempre affligge l'umanità: le infezioni ospedaliere. L'incisione si riferisce alla metà del XIX secolo. In quegli anni la medicina progrediva celermente in tutti i campi, ma l'assistenza ai malati era ancora in condizioni deprecabili. Le riforme ebbero inizio in Germania, dove un pastore protestante, Theodor Fliedner, creò la prima scuola per infermiere, che servì di modello a tutti gli analoghi istituti sorti poi un po' ovunque. Un grande benefattore dell'umanità fu l'ostetrico ungherese Ignazio Philipp Semmelweis, il quale, avendo riconosciuto la causa della mortalità puerperale, fino allora altissima, prescrisse nel suo reparto dell'ospedale di Vienna lavacri delle mani a medici e infermieri e disinfezione dei locali con cloruro di calcio. Fu avversato dai colleghi, che giudicarono un affronto l'obbligo di lavarsi le mani. Eppure, troppo spesso l'infezione delle ferite rendeva vani interventi chirurgici perfettamente riusciti.

< Pubblicità >



di Eolo Parodi

PIÙ AUGURI DI PRIMA

Ancora una volta, per mia fortuna, mi accingo a salutare i medici, gli odontoiatri e le loro famiglie.

Un altro anno è passato troppo veloce, con tanti problemi e tante passioni.

Noi abbiamo agito conformemente al piano di legislatura, approvato ad unanimità dal Consiglio Nazionale.

A tal fine il bilancio pre-consuntivo che abbiamo stimato, è ancora migliore dei precedenti.

Il bilancio preventivo, che è stato approvato, traccia le linee fondamentali dei nostri atti per il prossimo anno, un anno speciale perché festeggeremo il 70° anno di Fondazione dell'Ente.

Descriveremo tutto ciò che è avvenuto nell'ultimo Consiglio Nazionale, nel prossimo numero di questo giornale.

Anche in questo campo ci sarà una novità: il prossimo numero sarà in tante parti diverso, ma soprattutto sarà senza pubblicità e stampato dalla società che ha vinto la gara.

Ancora di più esso, sarà uno dei maggiori strumenti per la nostra comunicazione con tutti voi. Non voglio tediare con le continue e più disparate novità, che investono ed inguaiano il nostro settore.

Oggi voglio soltanto dare un forte abbraccio a tutti voi e a coloro che vivono con voi.

Soprattutto mi rivolgo a chi è in difficili condizioni, riferite a qualsiasi motivo, a chi soffre e a chi piange per le tante peripezie della vita.

Io le capisco e sono soprattutto con loro.

Nuove strategie Enpam

Comunicare per condividere valori positivi

di Mario Falconi (*)

Nell'articolo pubblicato nel precedente numero 8 del nostro giornale (ricordiamo che questo è sempre consultabile sul sito www.enpam.it), abbiamo già evidenziato i pericoli che l'Enpam potrebbe essere costretto ad affrontare in un contesto nel quale troppi sono i colleghi che non ne hanno una percezione positiva. Senza dubbio il pericolo maggiore è rappresentato dalla "voglia" che "qualcuno" potrebbe avere di riaccorpere la nostra seppur privatizzata Fondazione a qualche struttura pubblica già

esistente o da istituire ex novo con diversi "assorbimenti". Ecco dunque che abbiamo deciso di partire con una determinata e nuova strategia di comunicazione, infatti comunicare vuol dire mettere in comune: che cosa? Si può mettere in comune qualsiasi cosa, anche inconsapevolmente valori negativi; ma ciò che rende realmente importante la comunicazione quale vero fattore propulsivo della vita sociale, è la capacità di mettere in comune valori positivi.

L'Enpam da oltre un decennio, persegue una politica, sostenuta da valori positivi di risanamento e trasparenza, di solidarietà e di certezze per il futuro, anche se purtroppo ancora

molti colleghi sono ancorati a vecchie percezioni.

L'obiettivo dunque è quello di poter incidere noi stessi sul nostro futuro, e questo riusciremo a farlo se ci rafforziamo e consolidiamo sui tre percorsi comunicativi che ci interessano: i medici, prima di tutto, ma anche i dipendenti ed il mondo esterno, usualmente chiamato degli stakeholders.

**Risanamento
trasparenza
solidarietà
certezze**

Avendo chiaro l'obiettivo il Consiglio d'Amministrazione della Fondazione ha in un primo tempo individuato le società consulenti più idonee per

**Società
consulenti
per progetti
efficaci**

un efficace progetto, Incentive SpA e Inarea Srl e successivamente ha approvato nella sua interezza il progetto presentato composto da tre fasi, finanziandone la prima tuttora in corso.

È stato istituito il "Consiglio di Orientamento", organo tecnico di supporto al CdA, che tra l'altro verifica periodicamente l'attività di comunicazione, nonché modalità e tempi di esecuzione del progetto. Il Consiglio è composto da quattro manager interni all'Ente e da due specialisti delle società consulenti.

Si sta chiudendo la prima parte di analisi con consecutiva definizione della migliore strategia. Questa dovrà comunque

vedere un rapporto più coeso e bidirezionale con i colleghi sparsi su tutto il territorio italiano, una maggiore consapevolezza e possibilità relazionali da parte dei dipendenti ed infine una più grande capacità di attivare rapporti istituzionali in grado di incidere sulle dinamiche delle politiche previdenziali nel nostro Paese.

Bisogna quindi lavorare su tutti e tre i fattori, ma con un comune denominatore di valori positivi, senza i quali la linfa viene meno ed un'organizzazione appassisce, "si spegne".

Occorre quindi sempre impegnarsi per evitare di lavorare in maniera autocentrata, utilitaristica e incoerente.

Per perseguire grandi risultati bisogna anche applicare una valutazione continua della qualità dei servizi offerti.

In ogni caso, all'interno di una comunità, di una struttura complessa quale la stessa Fondazione Enpam, occorre che sia chiaro lo scopo per cui l'organizzazione esiste e che l'obiettivo da perseguire sia vissuto da parte di tutti quale valore interiorizzato. In tale contesto il successo è certamente garantito e tutti potremo guardare con più serenità al nostro futuro.

(*) Vice Presidente
Vicario Enpam

Un problema vitale per l'Enpam

Pensioni: tema che infiamma il dibattito politico e sociale

Lo affronta Alberto Volponi, direttore generale della Fondazione, facendo il punto sull'attuale situazione previdenziale del nostro Ente. Il fenomeno dell'invecchiamento demografico pone una serie di preoccupanti problemi di non facile soluzione

di Giorgio Bartolomucci (*)

In Italia il tema della riforma delle pensioni sta infiammando il dibattito politico e sociale.

Poniamo alcune domande al nostro direttore generale dott. Alberto Volponi, per orientarci fra difficoltà e modelli di riorganizzazione possibili.

Perché oggi si parla così tanto di pensioni, molto più che nel passato?

È indubbio che i sistemi pensionistici obbligatori siano fra le maggiori conquiste sociali del nostro tempo e che abbiano ridotto il rischio di povertà tra gli anziani migliorando la salute ed il benessere generale delle popolazioni, contribuendo così ad incrementare la speranza media di vita. La partecipazione forzata dei lavoratori al sistema previdenziale giustifica la promessa, fatta dal sistema stesso, per cui i contribuenti, quando diverranno a loro volta quiescenti, o i loro superstiti, fruiranno di un equo trattamento previdenziale. Il nostro però, come la maggioranza dei sistemi pensionistici pubblici obbligatori, non solo europei, è un sistema a ripartizione in cui il presupposto è l'equilibrio fra le risorse disponibili e quelle impiegate per il

pagamento delle pensioni, un evento che si realizza solo in condizioni di invarianza nella composizione delle quote demografiche degli attivi e degli inattivi. E sebbene le cause della crisi del nostro sistema pensionistico siano numerose, articolate e complesse, lo squilibrio è stato essenzialmente determinato dal calo della natalità e dal costante aumento dell'aspettativa di vita.

Può chiarirci il concetto?

Dopo i favorevoli trend demografici dei decenni immediatamente successivi al dopoguerra, a partire dagli anni '70 in tutti i paesi più industrializzati si registra un processo di progressivo invecchiamento delle popolazioni. Le recenti indagini dell'Istat ci dicono che il fenomeno riguarda significativamente l'Italia: nel 2000 la popolazione anziana (individui con 65 anni e più) era di circa 10,396 milioni, pari al 18,1% dell'intera popolazione residente; nel 2030 gli anziani italiani saranno pari al 28,20% e nel 2050 al 33%.

Più longevi e migliori condizioni di vita, non è positivo?

Certo. Vivere più a lungo è un

fatto positivo, ma oggi che parliamo di pensioni il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione diventa di valenza negativa in quanto concorre, insieme al fenomeno del decremento delle nascite, a una diversa composizione delle classi di età della popolazione, con prevalenza degli anziani su giovani e adul-

(segue a pag. 8)



Sistema a contribuzione definita

ti. Con un progressivo aumento dei costi dello Stato sociale e dinamiche di spesa fra le quali mi limito a ricordare quella connessa all'incremento degli anni in cui, dopo il pensionamento, gli anziani sono a carico della popolazione attiva.

Ci può fornire alcuni dati ?

Già oggi il sistema pensionistico italiano è molto oneroso, impegnando risorse quantificate fra il 13,8% ed il 15,7% del PIL. Nel 2040, la spesa pensionistica vedrà un costante aumento, secondo in Europa solo all'Austria. Con l'invecchiamento aumentano il rischio e la frequenza delle malattie e delle invalidità, soprattutto quelle che comportano cure costanti o pratiche riabilitative di lunga durata. Ciò si traduce in maggiori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale e, in definitiva, dell'intera collettività. Dal 1980 al 2004 l'indice di dipendenza economica degli anziani è passato dal 20,3% del 1980 al 29,4% del 2005, il che equivale a dire che sostentamento e benessere degli anziani hanno impegnato all'incirca 1/3 del reddito prodotto dagli attivi, mentre nel 1980 ne impegnavano un 1/5, e si stima che arriveranno al 66% nel 2050.

Quale sistema previdenziale per una società che invecchia rapidamente?

Per mantenere l'equilibrio dei sistemi di sicurezza sociale, c'è l'esigenza di compensare le dinamiche indotte dai trend demografici provvedendo ad una revisione del sistema. È chiaro che non v'è una sola e univoca soluzione e in Occidente l'approccio più comune è consistito in un mix di provvedimenti. A livello macroeconomico si cerca di incrementare l'occupazione e la produttività perché la previdenza è l'altra faccia del mercato del lavoro. Se non si crea occupazione, se crescono

disoccupati, precarietà e povertà, ancor più il sistema previdenziale è in crisi. Nello specifico sono state adottate soluzioni di tipo parametrico, come l'allungamento dell'età lavorativa e/o l'elevazione dell'età legale di pensionamento, o soluzioni di tipo strutturale modificando il sistema di calcolo delle prestazioni. Premesso che generalmente si è voluto evitare di ri-



correre all'inasprimento della contribuzione a carico delle giovani generazioni, già molto elevata in rapporto alle economie di scala dei singoli Stati europei, al fine di garantire anche in futuro pensioni «adeguate» e «sostenibili» molti Paesi (Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna e Svezia) sono ricorsi a strumenti di accumulo di riserve finanziarie preordinate a far fronte agli oneri pensionistici futuri. Italia e Svezia invece (quest'ultima in aggiunta all'adozione di strumenti finanziari di accumulo) hanno adottato riforme strutturali degli schemi di trattamento pensionistico. Ciò ha comportato l'abbandono - dopo un ampio regime transitorio per la tutela dei diritti acquisiti - dello schema della pensione commisurata alla retribuzione del lavoratore, per assicurare invece una

prestazione commisurata alla contribuzione della sua intera attività lavorativa. Si tratta di uno schema che pone più rigorosi vincoli di corrispondenza tra contributi versati e prestazione spettante, con intrinseca garanzia, quindi, di futura solvibilità di detto regime.

Cosa significa sistema contributivo?

Si tratta di uno schema di trattamento, introdotto dalla Lg. 8 agosto 1995, basato su un sistema di calcolo contributivo come metodo ordinario di calcolo delle future pensioni, che consente di governare meglio la spesa pensionistica, perché la prestazione si calcola sui contributi versati, rivalutati sulla media quinquennale del PIL. Il rateo di pensione è, quindi, determinato applicando un coefficiente di trasformazione che tiene conto delle aspettative di vita. La legge ha, inoltre, reso obbligatoria l'adozione del sistema contributivo soltanto per gli istituti pubblici gestori di forme di previdenza obbligatoria. Tuttavia anche alcuni enti previdenziali privatizzati dal D.Lgs. n. 509/1994 (Cassa Commercialisti, Cassa Ragionieri, Cassa Geometri e, per casistiche particolari, Inarcassa e Cassa Forense) hanno optato per questo sistema di calcolo delle future prestazioni. Ma è indubbio che le pensioni calcolate col sistema contributivo sono solo potenzialmente rispettose dell'obbligo stabilito dalla Costituzione di garantire l'adeguatezza delle future pensioni. Un obbligo infatti si può dire mantenuto soltanto se si valuta il trattamento pensionistico globale del lavoratore quiescente, ossia la possibilità che al trattamento derivante dalla previdenza obbligatoria di base (Il Pilastro) si aggiungano quelli derivanti da forme volontarie di previdenza complementare (Il Pilastro).

Parliamo delle pensioni integrative?

La Lg. 335/1995 ha istituzionalizzato la previdenza complementare, già introdotta in Italia con il D.Lgs. 21 aprile 1993, n. 124, come secondo pilastro

Pensioni integrative: si comincia a discuterne

del sistema pensionistico, per concorrere a realizzare la tutela previdenziale stabilita dall'articolo 38 della Costituzione. Più recentemente la Lg. 243 del 23 agosto 2004, ha previsto che gli enti previdenziali privatizzati possono provvedere a costi-

tuire anche direttamente forme pensionistiche complementari, sia pure con l'obbligo della gestione separata. È una possibilità di cui, anche in Enpam, si sta valutando fattibilità e gradimento presso gli iscritti, atteso che l'adesione a fondi di previdenza complementare è volontaria.

Come si presenta la situazione previdenziale per i medici?

Il vigente quadro giuridico ha consentito all'Enpam di mantenere lo schema di finanziamento a ripartizione sul quale si basano i quattro Fondi di previdenza gestiti e, quindi, sino ad oggi sono quasi immutati gli schemi di trattamento in uso. Per il problema della futura sostenibilità finanziaria si è seguita la via della ricapitalizzazione delle riserve tecniche dei fondi, finan-

ziata con gli annuali avanzi di bilancio determinati dai forti rendimenti da patrimonio derivanti da una accorta politica di gestione. Favorevole impatto è stato determinato anche dai recenti aumenti contributivi recati dagli accordi di categoria.

E il futuro?

Non prevedo sgradite sorprese per gli iscritti Enpam. Sarà necessario, inevitabilmente, anche in relazione alle dinamiche demografiche, introdurre correttivi sul versante contributivo e/o prestazionale, la cui incidenza potrebbe essere mitigata da un auspicabile allargamento della platea dei contribuenti. Bisognerà decidere con lungimiranza e con grande equilibrio, qualità che fino ad ora gli amministratori dell'Enpam hanno saputo dimostrare.

(*) *Dirigente Enpam*

È tempo di consuntivi

2006: anno importante per la previdenza Enpam

La nostra Fondazione deve affrontare quasi in continuazione sfide significative per garantire nel modo migliore la copertura presente e futura dei propri assicurati

di Ernesto del Sordo (*)

Fine dell'anno: tempo di consuntivi per la previdenza Enpam, che è tenuta ad affrontare sfide significative per garantire sempre nel modo migliore la copertura presente e futura dei propri assicurati. Sono state molte le sollecitazioni provenienti dall'esterno (sentenze, norme di legge, ecc.) e dalla categoria (richieste degli iscritti, nuovi Accordi di categoria nazionali e locali) ad essere recepite ed indirizzate all'interno della disciplina regolamentare dei Fondi. Se ne possono qui riassumere alcune, come utile promemoria per gli iscritti ed i pensionati, ed al fine anche di dare

un'immagine, per quanto parziale, dell'impegno profuso nell'interesse comune.

Va subito dato conto di due importanti provvedimenti assunti dal Consiglio di Amministrazione, i quali, tuttavia, intervenendo sui Regolamenti dei Fondi, *non esplicano ancora i loro effetti perché attendono la ratifica delle Autorità vigilanti (ministero del Lavoro e della previdenza sociale e ministero dell'Economia)*. Dell'avvenuta approvazione saranno tempestivamente notiziati gli iscritti con gli strumenti a disposizione (il nostro Giornale, il sito Internet, eccetera).

Innanzitutto, con il parere favorevole del Comitato consultivo del Fondo della libera professione, è stata *eliminata la norma che impedisce il riscatto degli anni di laurea e di specializzazione ai liberi professionisti che sono iscritti ad altri Fondi di previdenza obbligatoria, compresi quelli dell'Enpam*. In questo modo anche quanti svolgono un'attività dipendente o convenzionata, spesso con volumi d'affari inferiori rispetto a quella libero professionale, potranno migliorare la loro posizione presso la "Quota B" del Fondo generale.

Il Consiglio di amministrazione ha poi deliberato l'adozione, a far data dal 1° gennaio 2007, dei *nuovi coefficienti di capitalizzazione per il calcolo della ri-*

serva matematica. Si tratta dei coefficienti moltiplicativi (legati al sesso, all'età ed all'anzianità contributiva degli iscritti) che vengono utilizzati per il calcolo del costo del riscatto e della ricongiunzione. Tali coefficienti sono stati rideterminati in funzione della mutata aspettativa di vita (oggi la vita media è sensibilmente più lunga di venti anni fa, quando furono calcolati gli attuali coefficienti): tale operazione comporterà da un lato l'aumento del costo delle operazioni in questione (fra il 18 ed il 40%, a seconda dei casi), dall'altro favorirà la stabilità delle gestioni, evitando l'accumulo di un pericoloso debito previdenziale occulto.

Sono stati poi adottati altri provvedimenti che, non necessitando di approvazione ministeriale, esplicano già i loro effetti.

E' stata innanzitutto semplificata la procedura di riscossione del contributo al Fondo della libera professione, per versamenti di ridotta entità. Infatti, è stato stabilito di *non procedere all'emissione dei bollettini Mav per la riscossione dei contributi di importo inferiore al minimo previsto per le imposte dirette (per il 2006, tale importo è pari a 12 euro)*. I contributi inferiori al suddetto limite vengono considerati come effettivamente versati dall'iscritto mediante accredito figurativo sulla posizione del pro-



fessionista. In questo modo, la Fondazione ha contenuto le proprie attività operative, ed il professionista interessato ha evitato complicazioni burocratiche; tutti gli utenti coinvolti sono stati comunque informati dagli Uffici con una specifica comunicazione.

Sempre con riferimento alla "Quota B" del Fondo Generale, va rilevato che nel corso del primo semestre dell'anno 2006 il Dipartimento della previdenza, conformemente a quanto richiesto dai competenti Organi della Fondazione, ha compiuto le attività amministrative e di analisi necessarie per l'**attivazione del collegamento con l'archivio dell'Anagrafe tributaria**, finalizzata al recupero di un corretto rapporto assicurativo degli iscritti. In particolare, a seguito di accordi intercorsi per le vie brevi è stata formalmente richiesta l'autorizzazione all'accesso ai dati fiscali relativi agli anni di imposta 2000 e successivi. L'Anagrafe tributaria ha dato positivo riscontro a tale richiesta.

Sono pronte per l'invio le prime lettere volte a contestare comportamenti evasivi od elusivi dell'obbligo contributivo: va ricordato che quanti non versano il dovuto, oltre a porre in essere un atto illecito, provocano un danno a se stessi, diminuendo la loro pensione futura, nonché ai propri colleghi, impoverendo le risorse del Fondo.

Inoltre, è stato definitivamente chiarito l'atteggiamento della Fondazione in ordine ai riflessi previdenziali della variazione dell'imponibile fiscale, legata da un lato a diversi istituti introdotti nel tempo dal legislatore (concordato preventivo, pianificazione fiscale concordata, programmazione fiscale triennale), e dall'altro da eventuali meccanismi presuntivi di determinazione del reddito, quali, ad esempio, gli studi di settore. Ebbene, a tale proposito è stato stabilito che *gli iscritti sono tenuti a dichiarare, ai fini della determinazione del contributo dovuto alla "Quota B" del Fondo generale, il reddi-*

to professionale effettivamente prodotto -quale risulta dalla dichiarazione fiscale- al netto delle sole spese sostenute per produrlo. Al fine della determinazione dell'imponibile previdenziale, pertanto, non assumono rilievo gli istituti agevolativi o presuntivi intesi a definire l'imponibile ai fini fiscali. Tale soluzione è stata adottata, grazie all'autonomia normativa dell'Enpam, nell'interesse della Fondazione, che potrà quindi contare sempre su un gettito contributivo certo e costante nel tempo, e degli iscritti medesimi, che non sa-

Stabilità delle gestioni nel breve e medio periodo

ranno più costretti a ulteriori complicazioni burocratiche legate alla diversa articolazione individuale del loro rapporto con il fisco.

Nel corso del 2006 sono pure entrate definitivamente in vigore, grazie, all'intervenuta approvazione ministeriale, anche alcune importanti misure approvate dal CdA negli anni precedenti. In primis, sono oggi operativi gli interventi correttivi, deliberati nel 2004, volti ad aumentare la stabilità delle gestioni nel breve-medio periodo, e consistenti in un aumento del prelievo previdenziale sui compensi (realizzato soprattutto per il tramite dei nuovi Accordi collettivi dei professionisti convenzionati) ed in una rideterminazione dei rendimenti dei versamenti contributivi.

I ministeri hanno proceduto anche all'approvazione di una modifica al Regolamento del Fondo di previdenza generale che, oltre a semplificare notevolmente l'attività interpretativa degli iscritti e dei loro consulenti fisca-

li, consentirà certamente in futuro di ampliare la base imponibile del contributo al Fondo della libera professione. Infatti, sono stati aboliti tutti i riferimenti alla disciplina fiscale ed è stato chiarito che l'imponibile previdenziale è costituito dal reddito derivante dall'esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica, non soggetto ad altra copertura previdenziale obbligatoria ed al netto di una quota delle spese sostenute per produrlo. Concorrono, altresì, a formare tale reddito i compensi, anche se equiparati ai fini fiscali ai redditi di lavoro dipendente, che derivano dallo svolgimento di attività attribuite all'iscritto in ragione della sua particolare competenza professionale. Con questa nuova formulazione, dunque, si svincola il Regolamento da ogni legame con le norme esistenti e si consente di attrarre a contribuzione Enpam non solo tutte le fattispecie professionali già esistenti, ma anche quelle che potrebbero essere successivamente introdotte dal legislatore.

Nell'articolo che segue forniamo altri importanti dati relativi all'attività della Fondazione. ■

(*) Vice Direttore generale Enpam



Positive previsioni per il prossimo anno

Procedure informatiche che sono già operative

L'illustrazione dei consuntivi 2006 in materia di previdenza, contenuti nell'articolo delle pagine precedenti, prosegue con la presentazione di nuovi importanti capitoli.

Tra i provvedimenti legislativi emanati nel corso dell'anno, infatti, assume rilievo il Decreto Legislativo 2 febbraio 2006, n. 42 che, in attuazione della delega contenuta nella legge 243/2004, ha disciplinato la "totalizzazione" dei periodi assicurativi. A cura del Dipartimento della previdenza è stata, perciò, avviata l'analisi dei numerosi e complessi problemi connessi alla concreta applicazione dell'istituto: le soluzioni che saranno adottate contempereranno, certamente, le limitazioni imposte dalle norme con i legittimi interessi degli iscritti.

Negli ultimi mesi del 2006 sono poi divenute operative le nuove procedure informatiche relative al conteggio degli oneri della ricongiunzione e dei riscatti di allineamento sui diversi Fondi dell'Ente. Specie per quest'ultimo istituto, attivato nei primi mesi del 2004, si è accumulato un costante arretrato nelle more della messa a regime dei necessari supporti informatici. Per andare incontro alle legittime aspettative di quanti hanno già presentato la relativa domanda il dipartimento della Previdenza sta predisponendo uno specifico piano di rientro che dovrebbe consentire l'azzeramento dell'arretrato entro il primo semestre

dell'anno 2007, nonché la correttezza della liquidazione delle successive domande entro normali tempi tecnici.

Il piano di rientro è tanto più necessario se si considera il notevole aumento delle domande di riscatto (anni di laurea, specializzazione, periodi precontributivi, allineamento) che si sta registrando in questi ultimi mesi e che, verosimilmente,

Nuovi bilanci tecnici dei Fondi nel 2007

te, proseguirà fino alla fine dell'anno. Com'è noto, infatti, dal 1° gennaio 2007 entreranno in vigore i nuovi coefficienti di capitalizzazione per il calcolo degli oneri connessi a riscatto e ricongiunzione contributiva che, a parità di beneficio fiscale, comporteranno l'aumento dei costi a carico dell'iscritto.

Da ultimo va ricordato che al 31 dicembre 2006 si completerà un nuovo triennio dell'attività della Fondazione ai fini del prescritto obbligo di redazione del bilancio tecnico. L'art. 2, comma 2 del decreto legislativo 30 giugno 2004, n. 509 recita infatti: *"la gestione economico-finanziaria deve assicurare l'equilibrio di bilancio mediante l'adozione di provve-*

dimenti coerenti alle indicazioni risultanti dal bilancio tecnico, da redigersi con periodicità almeno triennale".

Nel corso del 2007, quindi, saranno redatti i nuovi bilanci tecnici dei Fondi Enpam: dalle loro risultanze potranno trarsi utili indicazioni sullo stato di salute delle diverse gestioni, nonché sugli eventuali ulteriori provvedimenti da adottare per assicurare l'equilibrio finanziario dei Fondi, a garanzia dei trattamenti dei pensionati e di tutti gli iscritti, attuali e futuri.

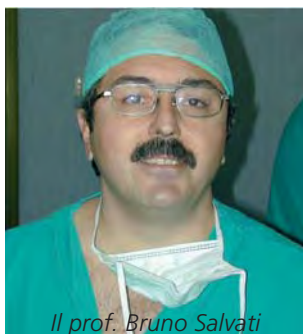
Ma non solo previdenza. Anche per l'assistenza, nel 2006, sono state assunte significative iniziative.

Sulla base del monitoraggio eseguito dagli uffici sulla gestione, ed in considerazione delle risorse economiche disponibili, si è ritenuto di dover razionalizzare e di poter potenziare la tutela assistenziale a favore degli iscritti.

Sono state, perciò, predisposte modifiche ai regolamenti ed è stato avviato il relativo iter procedurale di approvazione che dovrebbe concludersi entro l'anno con delibera del Consiglio di Amministrazione.

Bilancio positivo, dunque, per la previdenza Enpam nella consapevolezza che gli anni a venire ci riservano sfide sempre più ardue. Dovremo essere pronti ad affrontarle con responsabilità ed equilibrio nell'ottica di assicurare un sereno futuro previdenziale ai medici ed agli odontoiatri. ■

< Pubblicità >



Il prof. Bruno Salvati

Bruno Salvati, Professore associato presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche dell'Università di Roma "La Sapienza". Chirurgo generale e vascolare, vice direttore della I Scuola di specializzazione in Chirurgia vascolare. Allievo del professor Giorgio Di Matteo, ha sostenuto gli studi presso "La Sapienza" e, prima di essere strutturato nel Dipartimento di Scienze chirurgiche del Policlinico Umberto I, ha lavorato all'estero, in Francia, presso strutture di chirurgia vascolare e d'urgenza

Le mani sull'aorta:

Un ambito, la chirurgia vascolare, nella quale il progresso delle tecnologie non deve far dimenticare la così detta chirurgia tradizionale

di Carlo Ciocci

Quali sono le principali patologie che osservate?

Nell'ambito della chirurgia vascolare osserviamo soprattutto patologie dei tronchi sopra aortici che rappresentano sicuramente una grossa parte dei nostri interventi nell'ambito della prevenzione dell'ictus cerebrale. Con tali interventi, infatti, possiamo rendere ai pazienti grossi servizi non solo quo ad vitam, ma anche e soprattutto quo ad valitudinem. A parte questo, osserviamo molta patologia aneurismatica, dell'aorta addominale in particolare, e patologie degli arti inferiori. In urgenza, poi, ci troviamo di fronte ad aneurismi in fase di rottura ed ischemie acute di vari distretti.

È vero che questo genere di interventi sono sempre meno invasivi?

Per rispondere alla domanda devo fare un salto indietro nel tempo perché la mia storia professionale è piuttosto

articolata. Nel 1989 iniziai a svolgere un'attività che a quei tempi era considerata pionieristica: la chirurgia endovascolare. Si tratta di una chirurgia che corregge le

**Dialogare
per avere
la fiducia
del paziente**

stenosi di vari distretti mediante angioplastiche o posizionando stent. Tale trattamento si fa a tutt'oggi in genere attraverso l'arteria femorale con l'inserimento di vari "devices" atti a correggere stenosi o dilatazioni; in sintesi una chirurgia poco invasiva e radio guidata.

Attualmente tali tecniche sono ancora valide?

Oggi continuiamo a svolgere tali metodiche in tandem con i nostri radiologi, con i quali collaboriamo in modo da

poter offrire al paziente risultati ottimali.

Le nuove tecniche operative sono valide indipendentemente dal paziente?

La tecnologia incalza, ma è opportuno sottolineare un aspetto. Personalmente, essendo per mia natura curioso, sono un amante del nuovo. Quando nel 1989 andai per la prima volta a Nancy, dove due colleghi svolgevano la chirurgia endovascolare, mi sentii esaltato dalla possibilità di svolgere un intervento con tecniche che non prevedevano l'apertura dell'addome ed avevano una breve durata. A tutt'oggi confermo che sono stati fatti notevoli passi avanti, ma rispetto alla tecnologia che avanza credo che un medico debba mantenere una serenità di giudizio per scegliere la cosa migliore per i pazienti senza lasciarsi prendere la mano dal tecnologismo. Dico questo per significare che la tecnologia non deve rappresentare un fine ma solo un

mezzo per migliorare le nostre performances.

Un esempio di questa tematica?

Gli aneurismi dell'aorta addominale sottorenale operati per via endovascolare, cioè con posizionamento di endoprotesi attraverso l'arteria femorale, sono giustamente in aumento

con il paziente si esaurisce in sala operatoria?

A volte credo sia così. Personalmente con il paziente cerco di instaurare sempre un rapporto umano, anche se questo è difficile. Il rapporto tra medico e paziente deve essere fiduciario e perché accada questo il chirurgo deve avere la sensibilità per capire

anni di vita professionale ho maturato una certa esperienza per cui riesco, il più delle volte, a trovare la chiave per comprendere la psiche del paziente e catturare la fiducia sua e dei suoi parenti.

Tutto questo riesce a trasmetterlo ai suoi studenti?

Quando svolgo le lezioni agli studenti del quinto anno, ripeto spesso che le persone si recano dal medico per avere delle risposte ed il medico deve essere sempre pronto e disponibile a dare queste risposte. Se non si ha dentro la voglia di instaurare tale rapporto allora non si può affrontare la professione, perché il colloquio con il paziente è parte integrante di essa. Ed è una delle parti più belle. Come dicevano i nostri clinici, cito Beretta Anguissola clinico medico a Roma, il 60 per cento della diagnosi sta nell'anamnesi, cioè nella chiacchierata che si fa con il paziente. L'importante è sapere e volere ascoltare, affinché il paziente quando parlerà del suo stato di salute non ricordi solo in quale struttura è stato operato, ma soprattutto chi lo ha operato. ■

per guarire

ma non tutti i pazienti possono beneficiare di tale metodica. Pazienti particolarmente anziani e/o con rischio cardiocircolatorio elevato sicuramente trarranno beneficio dal posizionamento di un'endoprotesi; di contro pazienti giovani con una aspettanza di vita piuttosto lunga non riuscirebbero a liberarsi della patologia se non con la radicalità della chirurgia tradizionale: una protesi aortica "open" dura più di trenta anni.

Parlare di nuove tecnologie suggerisce una domanda sulla formazione professionale.

Personalmente, in qualità di docente universitario, mi occupo di formazione sia degli studenti che degli specializzandi. È evidente che una formazione al passo coi tempi permetterà di avere medici all'altezza delle situazioni.

Quando si insegna però non va dimenticata la chirurgia tradizionale, altrimenti avremo un chirurgo "monco" che sa usare cateteri e robotica e non sa tenere in mano il bisturi.

È vero che tra il chirurgo ed il paziente si instaura spesso un rapporto distaccato? In altre parole, il rapporto

**Come dicevano
i nostri clinici
il 60 per cento
della diagnosi
sta nell'anamnesi**

quali sono le aspettative del paziente, che tipo di rapporto ha questo con la struttura ospedale. Dopo quasi trenta



Presentate a Roma all'Istituto Superiore di Sanità a Roma

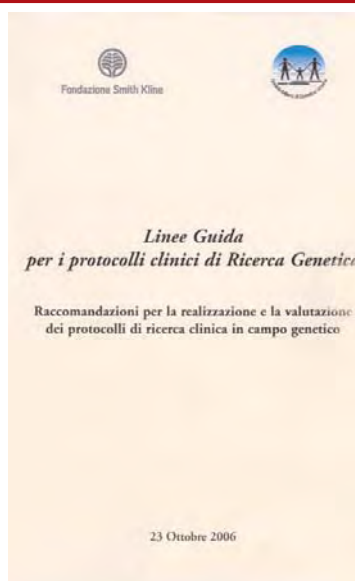
Linee-guida per regolamentare la ricerca genetica

Messo a punto da un pool di esperti lo strumento cui faranno riferimento sia i ricercatori che intendano preparare progetti di ricerca genetica sia i Comitati Etici che li dovranno valutare. La speranza è che in tempi brevi arrivino farmaci "personalizzati" per categorie particolari di pazienti

di **Andrea Sermonti**

Da oggi tutti i ricercatori scientifici impegnati nelle indagini e negli studi genetici sull'uomo dispongono di apposite *Linee guida per i protocolli clinici di ricerca genetica*, elaborate dalla Società italiana di genetica umana (SIGU) e dalla Fondazione Smith Kline (FSK). E si tratta di un problema sempre più importante e rilevante, visto che le valutazioni di protocolli che includono analisi genetiche costituiscono oramai una frazione crescente tra quelle richieste ai comitati etici, e c'è una relativa scarsità di conoscenze genetiche e mancanza di indicazioni pratiche per orientarsi nel nuovo campo. La genetica, infatti, sta entrando prepotentemente nella pratica clinica ed è giunto il momento di fare chiarezza, sia lessicale che su come effettuare le sperimentazioni cliniche in modo corretto e "chiaro". Le Linee guida sono raccolte in un documento di circa 100 pagine – corredate da tabelle, riquadri informativi e figure – che affronta tutte le tematiche: dalle implicazioni etiche, sociali e legali relative ai test genetici alla ricerca genetica su minori ed incapaci, dalla tutela della *privacy* alle bio-banche e le raccolte di campioni biologici fino ai potenziali rischi di una ricerca genetica.

Alla presentazione delle Linee guida – introdotta dal Presidente dell'Istituto superiore di Sani-



tà **Enrico Garaci** – hanno partecipato il preside della Facoltà di medicina dell'Università di Firenze e presidente della Fondazione Smith Kline **Gian Franco Gensini**, il direttore del Reparto di farmacologia biochimica e dell'Unità di coordinamento dell'attività di consulenza tecnico scientifica del Dipartimento del farmaco dell'ISS **Annarita Meneguz**, il *Past president* della Società italiana di genetica umana e ordinario di Genetica molecolare all'Università di Verona **Pier Franco Pignatti**, la responsabile Genetica clinica della *GlaxoSmithKline* **Antonella Pirazzoli**, **Antonio G. Spagnolo**, Straordinario di Bioetica all'Università di Macerata e **Stefano Vella**, direttore Dipartimento del farmaco dell'ISS.

LE RICADUTE DELLA RICERCA GENETICA

Le malattie a componente genetica rappresentano la massima parte della patologia umana nei paesi sviluppati, basti ricordare le malattie cardiovascolari, l'obesità, l'asma e le malattie allergiche, il diabete, il morbo di Parkinson e la malattia di Alzheimer. La componente genetica delle malattie comuni può essere studiata attraverso protocolli di ricerca clinica genetica sottoposti ai comitati etici per approvazione. Queste ricerche saranno utili per il progresso medico-scientifico che può realizzare una migliore qualità di vita. Conoscendo infatti la predisposizione individuale alle patologie la persona potrà esser indirizzata verso stili di vita che riducono tale rischio biologico, sottoposte a controlli specifici e precoci. Ma non è tutto. Nel 30-40% dei casi l'assunzione di un farmaco è seguita dalla comparsa di effetti indesiderati quando, addirittura, non risulta inefficace. E ogni anno sia in Europa che in America almeno 100mila persone muoiono per una reazione avversa ad un farmaco e altri 2milioni di persone presentano una reazione indesiderata severa. Oggi, se non dovesse funzionare, ci si limita a cambiare il farmaco, anche se questo rappresenta un modo obsoleto di procedere perché comporta sprechi e rischi per la salute dei cittadini. Una più appro-

fondita conoscenza del genoma ci consente di affrontare meglio questo problema e di “prevedere” in quali pazienti quel farmaco funzionerà e in quali potrebbe avere effetti potenzialmente anche molto pericolosi. E ancora molti farmaci in uso da anni potrebbero avere applicazioni in campi diversi della medicina in determinati categorie di pazienti portatori di un particolare assetto genetico.

Obiettivo del Documento è proprio quello di fornire una guida e degli indirizzi sia ai ricercatori coinvolti nel disegno di studi clinici di ricerca genetica che ai membri dei Comitati Etici impegnati nella loro valutazione ed a quanti lavorano nella ricerca genetica applicata al miglioramento della salute umana, visto che alcune tematiche – quali, ad esempio, le informazioni fornite sui campioni di DNA, le misure per la tutela della *privacy* e le informazioni fornite sui rischi posti dallo studio – sembrano essere quelle sulle quali i Comitati Etici concentrano le loro richieste di chiarimenti e modifiche.

Le Linee guida si applicano a tutti gli studi clinici nei quali viene prelevato un campione biologico umano per una analisi genetica o genomica, sia che vengano condotti utilizzando metodi sperimentali – ad esempio la somministrazione di un nuovo farmaco del quale si vogliono valutare le influenze di polimorfismi genetici sulla risposta – che metodi osservazionali per la determinazione, ad esempio, della frequenza di determinati polimorfismi in una certa popolazione. Le Linee guida sono state elaborate da un gruppo che rappresenta in Italia le discipline e le esperienze più direttamente coinvolte nella ricerca genetica: dai genetisti umani ai bioeticisti, dai medici ai farmacologi, assieme a rappresentanti dei cittadini, di comitati etici per la ricerca clinica, del garante della *privacy*, dell'Istituto Superiore di Sanità e delle aziende farmaceutiche. ■

Gli autori delle Linee guida

Dr.ssa Teresa Annecca

Ufficio del Garante della privacy

Prof. Adriano Bompiani

Presidente Società italiana per la bioetica e i Comitati etici
Membro del Comitato direttivo di bioetica del Consiglio d'Europa (CDBI) in rappresentanza della Società italiana per la bioetica e i Comitati etici

Sig. Roberto Buttura

Presidente Movimento dei cittadini in rappresentanza del Movimento dei cittadini

Dr.ssa Giliola Calori

Ricercatore presso l'Ufficio ricerche cliniche dell'Istituto scientifico H. S. Raffaele del Monte Tabor - Membro Statistico del Comitato Etico dell'Istituto scientifico H. S. Raffaele del Monte Tabor

Dr.ssa Marisa Dell'Aera

Vice presidente Comitato etico Azienda ospedaliera Policlinico di Bari
in rappresentanza del Comitato etico Azienda ospedaliera policlinico di Bari

Prof.ssa Annarita Meneguz

Direttore del reparto di Farmacologia biochimica e Unità di coordinamento dell'Attività di consulenza tecnico scientifica, Dipartimento del farmaco, Istituto superiore di sanità - Esperto Italiano al *Safety Working Party* EMEA

Prof. Demetrio Neri

Ordinario di Bioetica Università di Messina
Condirettore di “Bioetica- rivista interdisciplinare”

Prof. Giuseppe Novelli

Ordinario di Genetica medica Università di Tor Vergata
in rappresentanza della Società italiana di genetica umana
Membro Comitato farmacogenetica presso l'EMA (Londra)

Prof. Pier Franco Pignatti

Ordinario di Genetica Molecolare Università di Verona
Presidente Società Italiana di Genetica Umana 2002-2005
Presidente eletto *European Society of Human Genetics*
in rappresentanza della SIGU - Società Italiana di Genetica Umana
ha coordinato il gruppo di lavoro

Dr.ssa Antonella Pirazzoli

Responsabile Genetica clinica GlaxoSmithKline
Coordinatrice Gruppo di Lavoro Genetica, Fondazione Smith Kline
in rappresentanza della Fondazione Smith Kline
ha svolto la funzione di segretario ed ha redatto il testo del documento

Dr. Giuseppe Recchia

Direttore Medico, GlaxoSmithKline
in rappresentanza di GlaxoSmithKline

Dr. Paolo Rizzini

Direttore Generale Fondazione Smith Kline
in rappresentanza della Fondazione Smith Kline

Prof. Antonio G. Spagnolo

Straordinario di Bioetica, Università di Macerata
Membro del Comitato Etico del Policlinico Universitario “A. Gemelli” Roma
in rappresentanza del Comitato Etico del Policlinico Universitario “A. Gemelli”, Roma

Prof. Pasquale Spinelli

Presidente Federazione delle Società MedicoScientifiche Italiane
in rappresentanza della Federazione delle Società MedicoScientifiche Italiane

Prof. Giampaolo Velo

Professore di Farmacologia, Università di Verona
Direttore Unità di Farmacologia Medica - Direttore *Reference Centre for Education and Communication within the WHO program for International Drug Monitoring* - Coordinatore Sezione di Farmacologia Clinica, Società Italiana di Farmacologia

L'area geografica più frequentata del mondo

C'è anche la salute del Mediterraneo

È un mare di migrazioni di massa con un inevitabile impatto sulle popolazioni europee. Necessaria una sempre maggiore collaborazione tra i vari Paesi sul piano della Sanità pubblica. Conferenza internazionale a San Marino

di **Walter Pasini (*)**

Con l'incremento straordinario dei viaggi internazionali, lo sbarco nel nostro Paese di milioni di immigrati provenienti da ogni parte del mondo, la globalizzazione economica ed i suoi effetti specie per quanto riguarda l'alimentazione ed altri stili di vita, il medico d'oggi deve necessariamente assumere una visione internazionale della medicina e sentirsi

protagonista di un impegno globale per affrontare le grandi sfide della promozione della salute e della cura delle malattie. Un grande strumento di coordinamento e di diffusione di cultura di sanità internazionale è rappresentato dall'Organizzazione mondiale della Sanità, Agenzia dell'ONU, che opera dal 1948. All'OMS spetta il merito di aver debellato, agli inizi degli anni '70, il vaiolo grazie ad una grande campagna di vaccinazione. L'OMS dispone di una sede centrale (Ginevra) e di sei sedi regionali (Copenaghen per l'Europa, il Cairo per l'area del Mediterraneo orientale, Congo Brazzaville per l'Africa, New Delhi per l'Asia Centrale, Manila per l'Asia orientale ed il Pacifico, Washington per le Americhe) ed

è in grado pertanto di coinvolgere circa 200 Stati membri. L'Organizzazione mondiale della Sanità, grazie all'impegno tecnico-scientifico ed organizzativo dei suoi funzionari ed alla collaborazione con i suoi Centri collaboratori sparsi in tutto il mondo, ha sviluppato programmi di prevenzione e promozione nella salute non solo nel campo delle malattie infettive, ma anche in quello

della sanità ambientale e delle malattie cronic-degenerative. La lotta alle vecchie epidemie come la poliomielite o alle nuove come la SARS, l'influenza aviaria o possibili agenti biologici di bioterrorismo rappresentano un esempio di come tutta la comunità internazionale si debba sentire solidale nello sforzo di contrastare malattie che, pur nascendo in un angolo del mondo, diverrebbero subito un problema di sanità mondiale.

I governi dei Paesi devono ricercare sempre più forme di collaborazione sul piano della sanità pubblica e nello stesso tempo i medici e gli altri operatori della sanità devono scambiarsi informazioni e conoscenze per rendere sempre più omogenea

e diffusa la prevenzione e la cura delle malattie.

Un'area dove la collaborazione dei governi e delle società scientifiche può essere sperimentata è quella del Mediterraneo.

I popoli del Mediterraneo, uniti un tempo nell'Impero Romano, hanno subito nel corso dei secoli grandi trasformazioni culturali, religiose e politiche che li hanno spesso posti in conflitto

tra loro. L'area del Mediterraneo è crocevia di culture e religioni profondamente diverse che devono necessariamente trovare forme di dialogo, di confronto, di integrazione. Il Mediterraneo è anche mare di migrazioni di massa con l'inevitabile impatto sulla salute pubblica della popolazione europea.

Oggi, i Paesi del Sud Europa e del Nord Africa hanno bisogno di comunicare quanto più possibile tra loro per conoscersi e collaborare. Il campo della sanità e della salute è terreno ideale per realizzare forme di collaborazione durature.

Per la sua storia straordinaria, l'arte, la cultura, l'ambiente, il bacino del Mediterraneo è anche l'area geografica più fre-

**Sforzo
solidale
per contrastare
le malattie**

**Crocevia
di culture
e religioni
diverse**

quentata al mondo. Decine di milioni di turisti frequentano ogni anno le spiagge di paesi come l'Italia, la Grecia, la Spagna, la Francia, la Turchia, l'Egitto, il Marocco.

Per i motivi sopraesposti il Centro collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Travel Medicine ha promosso una Conferenza internazionale su "Mediterraneo e salute" in programma a San Marino dal 22 al 24 marzo 2007 (www.mcth3.org).

Dal momento che tutti i Paesi del Mediterraneo hanno in comune il turismo - specie quello balneare - e la necessità di realizzare piani di salute per la popolazione turistica, questa Conferenza mira a mettere insieme le esperienze e ad analizzare gli aspetti sanitari specie per quanto attiene in particolare l'Igiene e la sanità Pubblica, l'Infettivologia e la Dermatologia. Il primo giorno della conferenza, 22 marzo, corrisponde alla

L'importanza del confronto tra esperienze turistiche

Giornata Mondiale dell'Acqua e sarà pertanto dedicata alla qualità dell'acqua del Mar Mediterraneo, alla qualità delle acque da bere, a temi di sanità marittima e di talassoterapia. Tra i temi di infettivologia del 22 e 23 marzo vi sarà l'HIV/AIDS nei paesi del Mediterraneo: epide-

miologia e programmi terapeutici a confronto, malattie sessualmente trasmesse, nuove vaccinazioni come quelle contro l'HPV, influenza, malattie parasitarie. Tra i temi di dermatologia: fotobiologia e salute umana, melanoma, precancerosi e carcinomi cutanei, fotoprotezione, dermatologia in ambiente marino, la pelle come linguaggio del corpo.

La Conferenza si svolge con il patrocinio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, del Consiglio d'Europa e dell'Unione Europea. ■

(*) *Direttore Centro OMS
Medicina del Turismo*

MEDITERRANEO & SALUTE
TERZA CONFERENZA MEDITERRANEA DI MEDICINA DEL TURISMO
PER COSTRUIRE UNA STRATEGIA
DI SANITÀ PUBBLICA PER I POPOLI DEL MEDITERRANEO
SAN MARINO - PALAZZO DEI CONGRESSI
22-24 MARZO 2007
www.mcth3.org

Assenze per maternità e riflessi sulle ferie

di Marco Perelli Ercolini (*)

Le norme di tutela della maternità prevedono che solo i periodi di astensione obbligatoria dal lavoro facciano maturare il diritto alle ferie. Invece i periodi di astensione facoltativa o di assenza per malattia del figlio di età inferiore agli otto anni, non considerati come congedo straordinario, non fanno maturare il congedo ordinario (ferie) che dovrà quindi essere ridotto in proporzione ai periodi di astensione effettuati nell'anno solare: la legge 53/2000 prevede infatti il computo ai fini dell'anzianità di servizio, ma esclude però gli effetti relativi alle ferie e alla tredicesima mensilità o alla gratifica natalizia.

Partiamo dal Contratto collettivo nazionale di lavoro integrativo dell'Area della dirigenza medica e veterinaria dell'8 giugno 2000, siglato il 10 febbraio 2004. Per la parte normativa ora vigente, viene ripreso quanto già contemplato da precedenti contratti, là ove è prevista per l'astensione facoltativa dal lavoro per i primi 30 giorni di assenza (computati complessivamente per entrambi i genitori e fruibili anche in modo fra-

zionato) l'intera retribuzione e, successivamente all'astensione facoltativa, per il congedo per la malattia dei figli per ulteriori 30 giorni di assenza (computati complessivamente per entrambi i genitori e fruibili anche in modo frazionato) sempre l'intera retribuzione per ciascun anno di età sino al compimento del terzo anno di età del bambino. Si riconosce anche che i suddetti periodi (congedo straordinario di 30 giorni) oltre che essere validi ai fini dell'anzianità di servizio non riducono le ferie.

Il congedo straordinario per l'assistenza ai disabili (congedi retribuiti di due anni per assistenza a persone con handicap gravi ex art. 42, comma 5 del D.Lgs. 26/3/2001, n.151) pur essendo retribuito non fa maturare né le ferie e né la tredicesima, in base all'estensione della regola propria dei congedi parentali secondo la

quale questi ultimi non producono effetti ai fini della maturazione delle ferie e della tredicesima mensilità.

Invece i riposi e i permessi previsti per i figli con handicap grave quando non siano cumulati con il congedo parentale non decurtano né le ferie né la tredicesima mensilità.

Infine le ferie (ed eventualmente altre assenze spettanti alla lavoratrice ad altro titolo) non possono essere godute contemporaneamente ai periodi di astensione dal lavoro, sia essa obbligatoria che facoltativa e, se fatte a seguire ad un congedo parentale, gli eventuali giorni festivi, i sabati (nella settimana corta) e le domeniche intervallati tra congedo parentale e ferie, senza una effettiva ripresa dell'attività lavorativa, sono calcolati come congedo parentale. ■

(*) Consigliere di amministrazione Enpam

ISTITUTO	FERIE
Astensione obbligatoria	si
Congedo parentale (ex astensione facoltativa)	no
Ospedaliero congedo parentale (primi 30 gg)	si
Malattia figlio	no
Ospedaliero malattia figlio (primi 30 gg)	si
Congedo straordinario assistenza disabili gravi	no
Riposi allattamento	si
Permessi assistenza disabili	si

DEFINIZIONI DELLE SINGOLE FATTISPECIE NELLA NORMATIVA SULLA MATERNITÀ

Congedo di maternità	Astensione obbligatoria dal lavoro della lavoratrice
Congedo di paternità	Astensione dal lavoro del lavoratore, fruito in alternativa al congedo di maternità
Congedo parentale	Astensione facoltativa della lavoratrice o del lavoratore
Riposi giornalieri	Permessi per l'allattamento
Congedo per malattia del figlio	Astensione facoltativa dal lavoro della lavoratrice o del lavoratore in dipendenza della malattia del figlio
Lavoratrice/lavoratore	Lavoratori dipendenti (cioè titolari di contratto di lavoro subordinato pubblico o privato)

Ambulanza del cielo per le urgenze

Tre trasporti di persone in imminente pericolo di vita in un solo giorno da parte dei velivoli del 31° stormo dell'Aeronautica Militare

Velivoli del 31° Stormo di Ciampino, reparto di volo dell'Aeronautica Militare, hanno effettuato lo scorso mese tre trasporti di persone in imminente pericolo di vita, su richiesta delle Prefetture e sotto il coordinamento della sala situazioni dello Stato Maggiore Aeronautica. Il primo, su richiesta della Prefettura di Sassari, è stato effettuato con un velivolo Falcon 900 dell'Aeronautica Militare da Alghero a Genova per trasportare, con una incubatrice, un bambino cardiopatico di poche settimane di vita. Il velivolo decollato da Alghero alle 12 e 30 è atterrato a Genova alle 13 e 15 per il successivo trasferimento in ambulanza all'ospedale 'Gaslini' della città ligure.

Contestualmente al primo volo, la sala situazioni dello SMA ha ricevuto dalla Prefettura di Ancona la richiesta per un ulteriore trasporto sanitario d'urgenza relativo ad una bambina di soli tre mesi, nata pretermine, intubata e con un'ostruzione alle alte vie aeree. Considerata la ristrettezza dei tempi a disposizione, per il trasporto è stato impiegato un velivolo Airbus A319 che stava svolgendo attività addestrativa preplanificata da Ciampino a Decimomannu. L'Airbus A319 è decollato da Decimomannu alle ore 12 e 30 e circa un'ora dopo è atterrato a Falconara, dove è arrivata l'ambulanza con a bordo un medico, un'infermiera e la piccola bambina nella culla termica autoalimentata. Il velivolo ha successivamente raggiunto l'aeroporto di Ciampino alle 14 e 45 circa e da qui un'ambulanza ha trasferito la bambina e l'équipe medica all'ospedale "Bambin Gesù" di Roma.



Il terzo intervento, su richiesta della Prefettura di Salerno, è stato effettuato dal velivolo Falcon 900 del 31° Stormo di Ciampino già impiegato per il primo trasporto, per

il trasferimento di un uomo politraumatizzato grave da Capodichino, dal quale è decollato alle 15 e 30, a Crotone dove è atterrato alle 16 e 20. Il paziente è stato poi trasferito in ambulanza all'unità di risveglio "S. Anna" della città calabrese.

Nel 2006 il 31° Stormo dell'Aeronautica Militare ha effettuato 357 interventi per trasporto sanitario d'urgenza e trasporto di organi. ■

Uno dei principali obiettivi della medicina nel corso dei secoli è sintetizzato nel motto di Giovenale **"Mens sana in corpore sano"**. Nel corso dell'evoluzione della medicina moderna il concetto di **"mens"** non è più appartenuto ai medici. Questa dicotomia specialistica ha progressivamente portato alla considerazione che mente e corpo pur alloggiando nello stesso individuo fossero considerate due realtà separate con alcuni punti di contatto. E nell'approccio terapeutico le competenze terapeutiche della **"mens"** si arrendevano a quelle del **"soma"** e viceversa. Ne parliamo con il neuropsicofisiopatologo Salvatore Rinaldi presidente dell'Istituto Rinaldi Fontani e con lo psichiatra prof. Paolo Pancheri presidente della SOPSI (Società Italiana di Psicopatologia)

Tanti, troppi stress:

"Disturbi" che stanno diventando la vera disperazione dei medici perché spesso, nonostante le cure, il paziente sembra non trarre benefici. Tre gruppi di patologie. Un po' di "storia" di un grande problema. Moderno?

di **Daniele Romano**

"Vorrei precisare - esordisce il prof. Salvatore Rinaldi - che non stiamo parlando delle grandi malattie psichiatriche, ma di tutti quei disturbi che vengono decritti con vari appellativi come: psicosomatici, disturbi immaginari, vegetativi disfunzionali, psicofisiologici, ed altri che sono la vera di-

spersione di noi medici, perché spesso a dispetto della nostra competenza professionale e delle cure verosimilmente adeguate il paziente o non trae beneficio o addirittura tende a presentare nuove sintomatologie".

Per il prof. Paolo Pancheri le patologie stress correlate "sono difficili da diagnosticare, però bisogna fare una prima distinzione tra patologie stress correlate di interesse prettamente psichiatrico e patologie stress correlate essenzialmente con disturbi somatici. Poi c'è un terzo gruppo, sempre di patologie stress correlate, che sono malattie vere e proprie".

**Se sono
malattie
vere
e proprie**

Lo stress cronico, quello quotidiano, risulta in crescita in questi anni, a causa delle forti implicazioni psicosociali (paura del futuro, dell'integrazione, di un mutuo trentennale, precarietà lavorativa...).

"Lo stress cronico - risponde Pancheri - si ha quando lo stimolo è persistente nel tempo, determinando il permane-

re di una risposta di tutti i nostri sistemi biologici che diviene possibile fonte di vari disturbi sia somatici, senza una base organica, sia di vere e proprie malattie".

Lo stress cronico è una sorta di circolo vizioso che si autoalimenta cioè, il sintomo permane senza più lo stimolo.

In un certo senso sì.

Quali sono quindi i sistemi di diagnosi dello stress cronico per il prof. Pancheri?

Oggi non basta accertare un sintomo e poi prescrivere gli accer-

tamenti. La base di tutto è un'attenta indagine delle condizioni di vita, dei fattori frustranti, dei rapporti familiari, dei rapporti lavorativi, dell'adattamento alla situazione. Se uno raccoglie tutti

questi dati può già fare un modello di patologie stress correlate. Non esiste un esame particolare. Certo un'attenta raccolta di dati relativi al malato è ovviamente utilissima, perché molte malattie fisiche possono variare nel loro decorso, nella loro prognosi in funzione del controllo dei fattori di stress.

Quali le soluzioni terapeutiche per lo stress cronico?

La patologia stress correlata andrebbe curata a monte. Pensare che possa esistere un singolo farmaco specifico e risolutivo non è possibile, forse non lo sarà mai. Si può ridurre una situazione di ansia, di depressione, di un'aggressività che sta montando. La diagnosi precoce ha grande importanza in ogni malato".

**Concetto
scientifico
spesso
incompreso**

In letteratura sono ben note e descritte una grande quantità di patologie stress correlate e giorno dopo giorno si scoprono sempre nuove correlazioni tra la risposta agli stimoli esterni "stressori" e le modifiche delle nostre risposte fisiologiche "stress".

Ma cosa s'intende per stress e patologie stress correlate? Lo stress è un concetto scientifico che ha avuto la fortuna di dive-



psichiatri in tilt

nire troppo noto ma anche la sfortuna di essere poco compreso. "Questa frase - spiega il prof. Rinaldi - detta da Hans Selye, il padre della ricerca scientifica sulle basi neuroendocrine della risposta agli stimoli esterni "stressori", rappresenta un'importante conclusione che ancora oggi condiziona il nostro operato professionale."

La risposta agli stressori ambientali "stress" è una risposta finalizzata alla sopravvivenza dell'individuo. Inizia automaticamente nel cervello e coinvolge inconsapevolmente tutto il nostro organismo attraverso l'attivazione di una complessa risposta neuro psico fisica relazionale, che lo scienziato Selye definì "Sindrome Generale di Adattamento".

Proprio perché la "Sindrome Generale di Adattamento" è una risposta finalizzata alla sopravvivenza, una volta instaurata difficilmente può essere fatta regredire, anche se alla fine i suoi effetti possono diventare fonte di disturbi, patologie ed anche di morte dell'individuo per le complicità che ne derivano.

Infatti il nostro Sistema Nervoso accetta "di buon grado" le modifiche indotte dalla "Sindrome Generale di Adattamento" perché sono finalizzate alla sopravvivenza primaria dell'individuo, pertanto vira dalla sua fisiologia iniziale verso una nuova che soddisfi le nuove reazioni di sopravvivenza anche se queste in seguito potranno sostenere disturbi o

patologie. Quindi, nell'analisi del prof. Rinaldi, "si vira dall'iniziale fisiologia verso una "neuro-psico-fisio-patologia".

Detto questo allora non possiamo che capitolare agli effetti della Sindrome Generale di Adattamento?

No! È inaccettabile.

Ma come facciamo a diagnosticare se il paziente sia andato incontro alle disfunzioni della Sindrome Generale di Adattamento?

La maggior parte dei nostri pazienti pur lamentando un corteo sintomatologico variegato hanno delle esami perfetti o che non giustificano la sintomatologia riferita. Inoltre anche se prescriviamo la terapia più adeguata spesso incontriamo uno scarso successo terapeutico.

Dalla letteratura sappiamo che gli indicatori biologici della reazione allo stress sono di difficile identificazione. Ma sempre dalla letteratura scientifica ci giunge un aiuto inaspettato per la diagnosi di Sindrome Generale di Adattamento.

Rinaldi spiega che le piante si piegano verso la luce a scapito della loro "simmetria" questa primaria osservazione ha indotto negli anni i biologi evolutivisti a vedere come cambiano i caratteri morfologici simmetrici negli esseri viventi, compreso l'uomo. Ed hanno così scoperto una fenomenologia che prende il no-

me di "Asimmetria Fluttuante". Questi due fenomeni rappresentano un aspetto dell'evidenza biologica e clinica della presenza della SGA.

Ma dove possiamo evidenziare questa perdita di simmetria?

Già notando quelle piccole asimmetrie del viso e tutte le altre asimmetrie nelle altre parti del corpo. Potremo notare delle asimmetrie sia "funzionali che strutturali" verosimilmente spesso indotte dalle prime.

Ma una volta che le abbiamo notate cosa ci possiamo fare?

Questa è una bella domanda alla quale sino a qualche tempo fa non c'era una risposta.

L'unica soluzione possibile non poteva che venire dal sistema nervoso centrale e dalla possibilità di consentire di evidenziare a sé stesso le modifiche cui era andato inconsapevolmente incontro, al fine di ottimizzare la sua risposta su tutti i meccanismi biologici di controllo che da lui dipendono". ■



La missione umanitaria "Ridare la luce"



Il gen. Carboni visita una piccola paziente

Aiutiamoli ad

Nel Mali, a Gao, cuore misero di un paese poverissimo di una bellezza struggente che però molti bambini e vecchi non possono vedere o perché ciechi o perché mai visitati e curati. Quaranta volontari stipati su un aereo per portare cure e speranze di guarigione

di Ezio Pasero

Gao (Mali) - Gli strumenti, innanzitutto: due microscopi chirurgici che pesano più di trecento chili ciascuno, casse da un metro per un metro e venti, alte più di due; oltre ad altri microscopi, biometri, lampade a fessura, lenti, sonde, ferri chirurgici...

E le attrezzature: sterilizzatrici, carrellini per i microscopi, tre frigoriferi, materiale elettrico... E poi il materiale di consumo: 400 mascherine, 2.000 guanti in lattice, 1.600 guanti sterili, 100 casacche chirurgiche, 450 cappellini, 600 soprascarpe, 1.500 siringhe, più di 2.000 paia di occhiali, una valanga di medicinali, cerotti, flaconcini di collirio... E, ancora, gli aiuti umanitari: indumenti, borse e giochi, penne e quaderni, matite e temperini (per chi ha la fortuna di poter andare a scuola, e

la sera studia in strada, sotto i lampioni, perché nelle case non c'è la luce), per un totale di un altro migliaio di chili... E le derrate alimentari, per garantire l'autonomia e l'autosufficienza dei componenti della missione: e cioè pasta, sughi, scatolame, razioni militari, acqua minerale... Oltre beninteso a fornelli da campo, pentole e utensili da cucina, brande, zanzariere e giù giù fino a ogni più piccolo dettaglio indispensabile alla sopravvivenza e alla convivenza di una quarantina di persone per dodici giorni, carta igienica compresa, per un peso complessivo di circa sette tonnellate...

Una quantità di merci impressionante, che sul C130 dell'Aeronautica Militare costringe a viaggiare stipate questa quarantina di persone: donne e uomini, me-

dici e infermiere, ottici e tecnici, frati e militari, priori e generali, tutti con la stessa voglia di dedicare un po' di tempo e di energie a chi è più sfortunato di noi. Tutti con la stessa volontà di portare una grande, enorme quantità di amicizia e di speranza, il carico più prezioso e importante, anche se il meno pesante, del gigantesco aereo italiano diretto in Mali.

Bentornati a Gao, cuore misero di un paese poverissimo, adagiato sulle rive di un fiume, il Niger, di una bellezza a tratti struggente, ma che in troppi non possono ammirare, perché moltissimi qui non hanno la vista, perché troppi sono i vecchi che l'hanno perduta e soprattutto i bambini che non l'hanno mai avuta. E proprio questo è lo scopo di "Ridare la Luce", la missione umanitaria.

ria dell'Afmal, l'organizzazione non governativa dei Fatebenefratelli di Roma, che con la collaborazione straordinaria dell'Aeronautica militare italiana riporta qui uomini e mezzi, specialisti di grande valore e attrezzature uguali a quelle dei nostri migliori ospedali, perché i vecchi possano rivedere il loro fiume e i bambini ciechi finalmente il volto della loro madre. Vi sembra retorica, melodramma? Fateci un salto, da queste parti, dove per molta gente il problema principale, svegliandosi la mattina, è quello di arrivare vivi la sera, e senza occhi è maledettamente più difficile rimanere vivi, e scoprirete che

La radio annuncia: i medici italiani ritornano

occhiali, quei ragazzini? Oppure non li avranno perduti, rotti, danneggiati irrimediabilmente, in un paese dove ogni riparazione o sostituzione è praticamente impossibile?

È innanzi tutto questo il primo obbiettivo della nuova missione

lia è il capo della Sanità militare Aeronautica e che qui viene a visitare decine e centinaia di diseredati. Con il camice sopra la divisa, lui e i suoi uomini, con il cappellino di garza invece dell'elmetto, a dimostrare nel più semplice e concreto dei modi come può essere svolta una vera missione di pace. Di quelle, se non vi sembra anche questa retorica, che fanno stare bene dentro, quando la gente per strada, qui, saluta con un sorriso gli italiani di "Ridare la Luce".

Ma adesso, vede ancora i colori, Souraya? Avranno saputo proteggerla i suoi genitori dalle insidie e dalle aggressioni di un am-

"aprire gli occhi"

ciò che a noi sembra melodramma qui è, molto più concretamente, il dramma quotidiano dell'esistenza umana.

Il Giornale della Previdenza ne aveva già parlato lo scorso anno. Quando le donne e gli uomini di "Ridare la Luce" avevano visitato centinaia e centinaia di persone, compresi i 120 piccoli ospiti dell'Istituto dei bambini ciechi di Gao. Per scoprire che alcuni di loro non erano affatto ciechi, ma solo fortemente miopi. Nel corso dei sei, sette anni di permanenza nell'Istituto, però, nessuno li aveva mai visitati, nessuno aveva mai curato le infezioni sempre più gravi che avevano colpito i loro occhi. Affidati a un maestro cieco davvero, che aveva insegnato loro a leggere e scrivere con l'alfabeto Braille, quei poveretti sarebbero presto diventati ciechi a loro volta. Per salvarli, per trasformare la loro vita e le loro prospettive di sopravvivenza, erano bastati gli occhiali fatti montare nei Centri ottici Vasari di Roma, dove ogni sera venivano trasmesse le prescrizioni, e portati nel Mali dall'aereo venuto a riprendere i volontari italiani a fine missione. Ma adesso li avranno ancora, gli

di "Ridare la Luce" a Gao: rintracciare e ricontrattare la maggior parte possibile dei pazienti visitati e operati lo scorso anno, ma rimasti poi per un anno intero privi di qualsiasi assistenza. Più di 130 abitanti della regione di Gao erano stati operati lo scorso anno di micidiali cataratte, spesso bilaterali e congenite, e avevano riacquisito la vista. Come la piccola Souraya Mohamodu, un anno non ancora compiuto, nata cieca e in un certo senso rinata quando le erano state tolte le bende sul lettino della sala operatoria che sembrava da fantascienza, tale era il divario fra le attrezzature portate dalla missione e la povertà di quell'ospedale fatiscente. Souraya sorrideva, vedendo finalmente i colori, e Giorgio Lofoco, il primario oculista dell'Ospedale San Pietro che l'aveva operata, invece piangeva, per la commozione. Piangeva anche Fra' Gerardo D'Auria, il priore che a Roma dirige l'ospedale e che qui invece indossa il camice e riscopre la sua vecchia vocazione di infermiere, e questo magari è normale. Ma aveva gli occhi umidi persino il generale Manlio Carboni, medico oculista, che in Ita-

biente difficile, dove la mancanza di acqua e di igiene favorisce la trasmissione di congiuntiviti virali devastanti, dove la carenza di medicinali impedisce di porvi rimedio? E tutti gli altri, quelli che come lei venivano da villaggi di capanne sperduti e lontani, molti facendo decine e decine di chilometri a piedi per farsi visitare dai dottori italiani? E' anche per questo motivo che la missione, quest'anno, si divide in due: un secondo caposaldo, con una terza unità operatoria, si stabilirà nel piccolo centro di Ansango, una novantina di chilometri a sud-est di Gao, sempre lungo il Niger. Uno sforzo ulteriore e nuove difficoltà, che consentiranno però di visitare e curare altri malati, portando aiuto a una zona più vasta del paese. La radio regionale, che trasmette alternativamente in francese e nella più diffusa delle lingue locali, ha già cominciato da giorni a rilanciare il suo tamtam: "I medici italiani ritornano". Sarà anche questa volta un assalto: di vecchi, di bambini, di casi da strappare il cuore. Saranno turni di lavoro massacranti. Sarà una fatica infinita. Ma sarà infinita anche la gioia. Bentornati a Gao. ■

"Patto" tra tredici nazioni

Maggior igiene negli ospedali

Si allunga la lista delle nazioni che hanno sottoscritto il piano dell'Organizzazione mondiale della sanità 'Clean Care is Safer Care', una sorta di 'Mani lavate in ospedale' per promuovere, con una pratica semplice, l'igiene proprio laddove è più necessaria. E così combattere le infezioni. All'elenco di Paesi che hanno già sottoscritto l'impegno, tra cui figura anche l'Italia, si aggiungono dunque 13 nazioni di tutti i continenti. "Ora - dice in una nota l'Oms - il patto è stato sottoscritto da 22 Paesi in rappresentanza del 55% della popolazione mondiale".



Secondo i calcoli dell'Agenzia dell'Onu per la salute "ogni istante 1,4 milioni di persone in tutto il mondo si infettano in

ospedale. E nei Paesi in via di sviluppo questo 'inconveniente' colpisce dal 5 al 10% dei pazienti. Incidenti che si possono evitare proprio cominciando dall'A-B-C, cioè dall'obbligo per i medici di lavarsi le mani dopo aver visitato ogni malato". Nel gruppo di Paesi, oltre all'Italia ci sono Cina, Hong Kong, Canada, Irlanda, Svizzera, Gran Bretagna, Bahrain, Malesia e Arabia Saudita. "Negli ospedali sono in corso campagne per promuovere l'igiene, e sono resi disponibili dove servono i guanti in lattice", conclude l'Oms. Al problema il nostro giornale ha dedicato la copertina. ■

Dopo quindici anni di attività

Rapporto sul 118

Convegno nazionale a Torino. Istituita la Scuola di specializzazione in Medicina di emergenza. Gli scopi e la storia del congresso illustrati dal prof. Francesco Enrichens

Dal 24 al 27 maggio a Torino si svolgerà un convegno sul "118 – Emergenza sanitaria". Si discuterà su un tema che sta molto a cuore agli italiani; si cercherà di sviscerare i problemi, dare suggerimenti, testimoniare su quello che è stato già fatto. All'ordine del giorno dei lavori le criticità e le prospettive di un sistema in evoluzione tra territorio e ospedale. Il prof. Francesco Enrichens, direttore del Dipartimento di chirurgia dell'Azienda ospedaliera "CTO CRF ICORMA" di Torino, spiega i perché del convegno e fa un po' di storia del "118".

Enrichens ricorda che "sono ormai passati 15 anni dallo storico DPR del 27 marzo 1992 che ha dato il via alla costruzione dell'Emergenza Sanitaria in Italia. Quest'anno stiamo vivendo un analogo storico momento: l'istituzione della Scuola di specializzazione in Medicina di emergenza. Il mondo del 118 è cresciuto tumultuosamente, spesso non senza difficoltà ma anche con punte d'eccellenza che rendono orgogliosi gli operatori del sistema. Tutti abbiamo fatto in questi anni un grande sforzo per consolidare i nostri servizi e per rendere il più possibile omogenea la Rete Nazionale dell'Emergenza Territoriale.

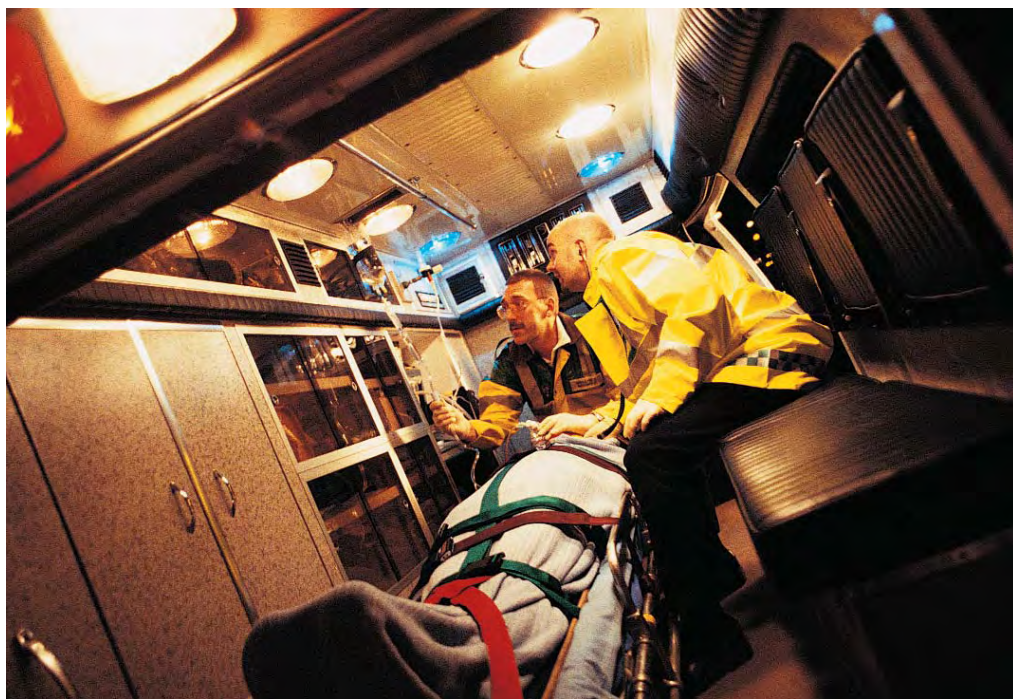
"Molto resta ancora da fare, non tutti hanno chiarezza di obiettivi, non tutti hanno vita facile nei rapporti con il resto del sistema. Ci aspettano scelte che condizioneranno per

sempre il futuro dei nostri Medici e di tutti gli Operatori che ancora attendono una più dignitosa collocazione ed una prospettiva stabile.

"Sfide molto importanti – continua il professor Enrichens – prima tra tutte il dialogo e l'integrazione con i DEA, ma anche con i Distretti e con la Medicina territoriale, per non parlare dei rapporti con la Protezione Civile e con tutti gli Enti non sanitari che, comunque, incidono nel soccorso. Un capitolo importante è rappresentato dai rapporti con il Volontariato, pilastro imprescindibile che vive anch'esso le sue criticità. Non si può collaborare con gli altri se prima non abbiamo definito un sistema omogeneo, un linguaggio chiaro e comune, basato sull'esal-

tazione della multidisciplinarietà che deve dare il meglio per definire in sicurezza i percorsi del malato attraverso tutte le fasi territoriali e ospedaliere, facendo i conti con l'efficienza ma anche con l'efficacia in un momento di contrazione delle risorse. Proprio per questo è giunto il momento di fare il punto della situazione, per consolidarci come sistema e rilanciarci in un dialogo costruttivo con tutti gli operatori dell'emergenza territoriale e ospedaliera.

"Quale insostituibile presidio nel percorso clinico del paziente acuto – conclude Enrichens – dobbiamo essere aperti a tutte le integrazioni virtuose nel rispetto della dignità di un sistema che si è conquistato "in trincea" la sua credibilità". ■



Se n'è discusso per tre giorni a Rimini

Italiani senza denti? All'estero stanno peggio

Gli italiani insieme agli svedesi si dimostrano molto attenti alla propria estetica. Siamo al primo posto per impianti posizionati e abbiamo una buona opinione del nostro dentista

Oltre milleduecento dentisti hanno analizzato a Rimini, per tre giorni, le ultime novità nel campo dell'implantologia e dell'estetica dentale nell'ambito della quindicesima tappa del World Tour 2006. Durante i lavori è emerso che l'edentulia, cioè la mancanza di denti, è un problema molto diffuso. Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della Sanità e della Sidp (Società Italiana di Parodontologia), ad ogni cittadino italiano minorene mancano in media 0,5 denti, a chi ha tra 35 e 44 anni ne mancano 1,54, fino ai 65 anni ne mancano 13,4 e agli ultrasessantacinquenni (fino ai 74 anni) ne mancano 18,8.

Gli altri Paesi, però, stanno peggio: considerando gli ultrasessantacinquenni, mentre in Italia la media di edentuli è del 18%, in Scandinavia è del 30%, nel Regno Unito è addirittura del 60%. La media europea è del 40%. Anche gli Stati Uniti e il Giappone sono messi peggio dell'Italia. Ciò - hanno sottolineato gli specialisti - richiama un bisogno di soluzioni

che riportino denti e sorriso e mette in luce come, al momento, la stragrande maggioranza delle persone non ricorre all'implantologia dentale nonostante un'ampia serie di studi scientifici abbia accertato che l'affidabilità della terapia implantare è elevatissima, nell'ordine del 90% di successi.

Gli italiani, però, insieme agli

**L'edentulia
è un problema
diffuso
nel mondo**

svedesi, si dimostrano molto attenti alla propria estetica dentale. L'Italia è, infatti, al primo posto nel mondo per impianti posizionati, con un rapporto impianti/pazienti di 46 ogni 10mila persone. Da dati di settore nazionali riferiti all'ultimo anno, in Italia è stato posizionato un milione di impianti su oltre 400mila pazienti, con una media di circa 2,4 impianti per paziente. Secondo una ricerca Nielsen, gli italiani che hanno utilizzato l'implantologia si ritengono soddisfatti perché l'impianto è fisso (36,1%), dura a lungo (29%), non rovina i denti vicini (27,7%), consente di masticare meglio (21,4%), migliora l'estetica 19,1%. La maggioranza degli intervistati

ritiene sia il dentista la migliore fonte di informazioni sull'implantologia. D'altronde, gli italiani hanno una buona opinione del loro dentista, considerandolo professionale (37%), disponibile (35%), bravo (33%), simpatico (21%) e si rivolgono a lui perché si fidano (73,7%). Ora è possibile entrare dal dentista senza denti e uscire, in tempi brevi, con denti che possono masticare. E sorridere. Quattro sedute in poche settimane per avere denti definitivi: la tecnica è stata illustrata alla stampa dal prof. Luca Francetti, direttore del Dipartimento di periodontologia all'Istituto Galeazzi dell'Università di Milano. Illustrando il programma integrato di implantologia che facilita il lavoro del dentista e agevola il paziente, il prof. Francetti ha spiegato i vantaggi: minor numero di sedute, tempi ridotti di seduta, minor dolore/ fastidio, garanzia dei risultati. Il segreto sta nella semplificazione delle tecniche chirurgiche (con interventi meno invasivi sulla gengiva, quindi guarigione più veloce), nell'utilizzo di impianti biocompatibili e personalizzati subito stabili (con superfici speciali che facilitano l'osteointegrazione), nell'uso di ceramiche speciali per corone e ponti. Tutto ciò favorisce la riduzione dei tempi di guarigione e la possibilità di avere denti perfettamente "abili" da subito. ■



< Pubblicità >

< Pubblicità >

< Pubblicità >

Re Carlo I d'Inghilterra fu molto orgoglioso quando si vide consegnare una breve pubblicazione (soltanto 72 pagine), a lui dedicata, dal titolo *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*, nella quale un medico a lui già ben noto, William Harvey, esponeva una nuova rivoluzionaria teoria: quella della "circolazione del sangue".

Harvey riportava dapprima tutte le conoscenze di Galeno, Al-Nafis, Realdo Colombo e Andrea Cesalpino



anni dopo verrà decapitato) né i medici si resero conto che quel "circolo" così accuratamente descritto non si "chiudeva": era un po' come un anello senza castone.

Difatti, secondo le parole di Harvey, giunto nelle arteriole terminali il sangue si sarebbe "disperso" in piccolissime lacune sanguigne (*caris porositates*) presenti nei tessuti, per poi rientrare nelle piccole venule. In altre parole, non vi sarebbe stato alcun punto di contatto tra sistema arterioso e venoso, né quindi pas-

Il sangue di Harvey?

Una rivoluzionaria teoria: il cuore è una pompa e consente la circolazione sanguigna. Tra i precursori di questa scoperta lo spagnolo Miguel Serveto, il cremonese Realdo Colombo e l'aretino Andrea Cesalpino

sui *movimenti* del sangue, indi espose in dettaglio le proprie esperienze (condotte su oltre quaranta specie animali diverse) che l'avevano portato a concepire l'esistenza di un "circolo" sanguigno.

Partendo dal concetto che il cuore è una pompa che funziona per forza muscolare propria, e che svolge quindi un'azione non solo meccanica ma anche dinamica, egli osservava che gli atri si contraggono *dopo* i ventricoli, i quali a loro volta si con-

giunge alla conclusione che se fosse vero - come vuole Galeno - che il sangue si forma dagli alimenti e si esaurisce dopo aver nutrito i tessuti, ne occorrerebbero quantità enormi: "Se si moltiplica la mezza oncia che ogni sistole spinge nell'aorta per le 1000 pulsazioni che si verificano *in una sola mezz'ora*, occorrerebbero la bellezza di 500 once per nutrire il corpo".

Assunto - come si credeva allora - che il sangue si forma dagli alimenti - la corrispondente quantità di cibo necessaria per formare un tale volume di sangue per una sola mezz'ora sarebbe di conseguenza enorme; senza calcolare l'intero fabbisogno per le 24 ore.

Essendo tutto ciò assurdo, egli conclude che il sangue che scorre nel corpo non viene continuamente rinnovato, ma "è sempre lo stesso": viene cioè "riciclato" e deve pertanto "circolare" (Harvey aveva fatto tuttavia inizialmente un errore di calcolo, in quanto - nella mezz'ora - le pulsazioni sono in media 2100, non 1000).

Ma né Re Carlo I (una ventina di

saggio *diretto* di sangue tra i due sistemi. Ergo, il *circolo* anatomico e funzionale rimaneva "aperto". Ammette lo stesso Harvey: "Non sono mai riuscito a rintracciare alcuna connessione tra le arterie e le vene tramite un'anastomosi diretta dei loro orifizi".

Soltanto nel secolo successivo Marcello Malpighi "chiuderà l'anello" scoprendo che tra le *arteriole* e le *venule* sono interposti dei vasellini ancor più sottili (i *capillari*), attraverso

**Nessun contatto
tra sistema
arterioso
e venoso**

traggono simultaneamente, confermando così il giuoco delle valvole cardiache descritto da Leonardo da Vinci e dimostrando che la sistole ha inizio negli atri per estendersi gradualmente ai ventricoli.

Ma Harvey cerca per prima cosa di rispondere alla domanda: qual è la quantità di sangue che viene espulsa dal cuore ad ogni pulsazione? E

**Innovazioni che a quei
tempi suscitarono
più polemiche
che entusiasmi**

so i quali fluisce il sangue: sono appunto questi i punti di connessione tra albero arterioso e venoso, i "ponti" di continuità del "circolo" concepito da Harvey.

Come ogni scoperta, anche questa ha avuto i suoi precursori. Tra i primi figura il medico spagnolo Miguel Serveto (metà del 1500), secondo il quale - poiché il sangue en-

di Luciano
Sterpellone

tra nei polmoni in quantità maggiore di quella necessaria alla nutrizione dei polmoni stessi, deve ritornare al cuore attraverso le vene polmonari *dopo essersi mescolato* (nei polmoni) *con il pneuma*: il che presuppone un movimento ciclico e continuo per il "ricambio" del sangue, anche se - in questo caso - soltanto tra il cuore e i polmoni. Ma per questa (ed altre) presunta "eresia" Serveto verrà arso vivo al rogo. Copie del suo *Christianismi restituito* alimentano le fiamme.

Osservazioni di tale portata interessarono tuttavia solo pochi addetti ai lavori, suscitando d'altro canto incredulità e opposizioni da parte della maggior parte dei medici, tenacemente abbarbicati al vecchio credo galenico. Ne nacquero aspre dispute, che continuarono oltre la fine del XVI secolo e per buona parte del successivo.

Né si creda che la stessa dottrina di Harvey abbia subito suscitato interesse e consensi. Anzi, destò più polemiche che entusiasmi: il grande

molivano completamente la concezione galenica del movimento del sangue nei vasi, esclamò candidamente: "Poiché Galeno non avrebbe mai potuto sbagliare, le prove fornite da Harvey significano solo che... è la *Natura dell'uomo che è cambiata!*"

Per fortuna molti di coloro che tenevano dinanzi alla nuova dottrina della "circolazione", si resero alfine conto della sua validità conducendo personalmente esperimenti in sala anatomica. Sareb-

"Circola"

**Qual è
la quantità
di sangue
espulsa ad ogni
pulsazione?**

Cinque anni dopo, nella sua opera *De re anatomica* il cremonese Realdo Colombo parla del *movimento* del sangue dal ventricolo destro - tramite l'"arteria venosa" (arteria polmonare) - verso i polmoni; poi da questi tramite la "vena arteriosa" (vena polmonare) all'atrio sinistro e di qui al sottostante ventricolo.

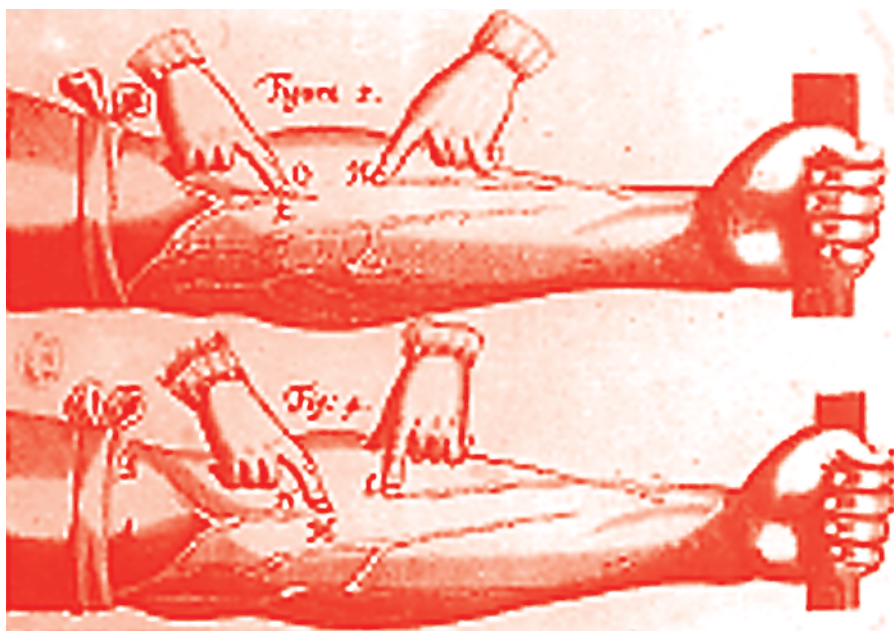
Mentre Harvey era ancora studente di Medicina a Padova, il medico aretino Andrea Cesalpino, medico di papa Clemente VIII, compì un gigantesco passo in avanti verso la scoperta della circolazione del sangue: dimostrò sperimentalmente e con ineccepibili dati autoptici che è il cuore, e non il fegato, come s'era creduto sin'allora, il centro del *movimento* del sangue e il punto di origine delle arterie e delle vene, bensì il cuore: "[...] Che se il cuore è il principio del sangue, è necessario che esso lo sia anche delle arterie e delle vene [...] Come i rivi prendono acqua dalla fonte, così le arterie e le vene fanno dal cuore [...]". Per di più, con la sua famosa "prova del laccio" diede la prima prova dell'esistenza della "circolazione" del sangue dimostrando che nelle vene la corrente sanguigna ha direzione centripeta (verso il cuore), nelle arterie centrifuga.

medico francese G. Patin la definì "paradossale, inutile, falsa, impossibile, assurda, nociva". Anche G. Della Torre si scagliò contro l'inglese gridando allo scandalo e accusandolo di voler rovinare tanti dogmi "suculentissimi" e tante tesi magnifiche; scrisse per l'occasione il *Pro sanguifico hepate* per ribadire il concetto di fegato come fonte del sangue.

E l'autorevole e intransigente J. Riolo, di fronte alle inconfutabili prove prodotte da Harvey, che de-

bero però trascorsi molti anni prima che la disputa tra sostenitori e detrattori si attenuasse, sino - seppur lentamente - ad estinguersi. Eppure, vari decenni dopo la storica comunicazione di Harvey (1621), alcuni autorevoli medici della corte del Re Sole sorridevano ancora increduli all'idea che il sangue potesse... "circolare", mentre altri si divertivano a scrivere versi e pungenti *pamphlet* su "quella buffa scoperta". ■

Prova del laccio di Harvey, per dimostrare il flusso centripeto nelle vene



Per molti è la principale preoccupazione; altri non ci pensano; alcuni la vedono solo negli altri. Stiamo parlando della vecchiaia. Che cosa non si farebbe per non invecchiare! La non accettazione di questa fase della vita, la paura che gli altri se ne accorgano attraverso i segni che lascia esteriormente, fa girare una fetta rilevante dell'economia dei prodotti sia farmaceutici sia cosmetici. E' la moda dei "sempreverdi". Rimedi di ogni tipo, in grado di contrastare il "declino", occupano spazi importanti nelle farmacie e nei supermercati. La vecchiaia evoca lo spettro della "finitudine". Del completamento del ciclo vitale. Ma se questo è il lato oscuro del sentirsi vecchio, l'aspetto più palese è il contrasto delle forme di decadenza

Il lato oscuro

Occultamento, illusione, business. La moda dei "sempreverdi". Una società industrialmente progredita è anziana. "Ogni vecchio che muore è una biblioteca che brucia"

di Antonio Gulli ()*

In una società che mette al primo posto la prestazione vincente, arrivare secondi o non poter arrivare può assumere lo spessore di un incubo. Eppure, forse può essere utile ricordare che le società industrialmente progredite si caratterizzano proprio per l'alto numero di componenti anziani. Si può affermare senza rischio di venire smentiti che una società avanzata, post-industriale o complessa è una società anziana. (Cfr., Bernardini, 2003) Ma che cosa significa "società anziana"? Prima di affrontare il senso di questo concetto

forse può essere utile ricordare alcuni dati.

Il confronto tra i censimenti del 1971 e quello del 2002 ci mostra una sostanziale conferma di quanto affermato. La lettura di

Il ruolo dell'anziano nella nostra società

queste due rilevazioni da un'informazione precisa: le persone con più di 65 anni sono cresciute di quasi il 6 per cento, passando dall'11,3 per cento al 17,13 per cento (Cfr., Maggi, Parodi, 2003: 68).

Ma non bastano queste cifre per centrare il fenomeno; se l'invecchiamento della popolazione è un fatto positivo, pur con tutti i problemi che comporta, l'aspetto più inquietante è che in questi trenta anni la fascia di popolazione dei 0/15anni è scesa dal 14,6 per cento al 9,81 per cento. Ciò a dire che si vive di più, ma si nasce di meno. Rispetto al sesso, "in entrambe le rilevazioni cui si fa riferimento, emerge che la popolazio-

ne maschile prevale nettamente sino alla classe che comprende i 25 anni; dopo tale età si verifica l'esatto contrario, e in misura crescente soprattutto dopo i 60 anni" (ibidem; corsivo nel testo).

Il nostro Consiglio Nazionale delle Ricerche, oltre a confermare l'aumentata longevità, così come indicato nel testo di D. Magi e E. Parodi "Noi italiani dall'unità al terzo millennio", ci informa anche che le caratteristiche socio-demografiche di questa fascia di popolazione vede un crescente numero di anziani che vivono soli; una crescente vulnerabilità degli anziani in quanto meno istruiti e una maggiore frequenza di demenza tra coloro che sono stati, nella loro vita lavorativa, addetti nel settore primario. E questo ultimo aspetto si registra sia per gli uomini sia per le donne. Tutto quello che si è presentato sembra deporre a favore dell'affermazione: c'è l'anzianità e c'è poi l'anziano. Il grado di scolarizzazione, il tipo di lavoro svolto, il sesso, il luogo geografico in cui si vive o si è vissuti fanno sì che si possa vivere il proprio essere vecchi con tranquillità e sicurezza o con angustie e stanchezza. Un antico proverbio africano recita: "Ogni



vecchio che muore è una biblioteca che brucia". E' ancora così? Qual è oggi il ruolo dell'anziano nelle nostre società? Da depositario di saggezza e conoscenza oggi il vecchio vive ancora questa aura sociale? E poi che cosa significa essere vecchi? Probabilmente a questa ultima domanda si può rispondere non solo evocando lo scorrere del tempo che pone in essere le

ramenti o ulteriori forme di mediazioni. Si possono nutrire pochi dubbi sul fatto che la peggiore forma di condanna per un anziano sia l'estraneazione dal quotidiano. Si può immaginare che non ci si stanca della vita ma dell'essere e del sentirsi esclusi da questa. La nostra società occidentale si presenta come quella forma di raggruppamento umano che, forse più di

sa da superare è sicuramente il "catastrofismo" (Giori, 1984:9). Questo, in realtà, è più espressione di alcuni stereotipi e "consueti eufemismi" che un dato di fatto. Si può essere anziani e felici; si può vivere lungamente senza avvertire il senso di colpa dell'esserci; si può essere anziani e non per questo sentirsi inutili. Si è detto prima della visibilità dei feno-

della vecchiaia

"complesse conseguenze "socio-sanitarie" derivanti dal prevalere e dal dilagare di una patologia soprattutto a carattere degenerativo" (ivi, 69), quanto ricordando a noi stessi che il vecchio è anche tempo che si fa luogo nella persona. Ovvero quell'accezione di tempo che possiamo chiamare memoria. Nella persona anziana si può individuare quell'autonomia del simbolico che pur non avendo perso il legame con il sociale, da questo se ne distacca, per diventare, a sua volta, forma di mediazione attraverso cui la coscienza ri-costruisce i suoi universi di percezione. Il vecchio è vita che si esprime attraverso il segno: la sua età. E questa età diventa la chiave interpretativa non solo del detto che si oggettiva nella persona che la incarna, quanto presupposto ermeneutico della stessa categoria che lo privilegia e lo condanna: il tempo. Forse è questo il senso più profondo del proverbio poco sopra richiamato. Il vecchio è mediazione del tempo nell'umano. Nella persona anziana è difficile immaginare le discrepanze tra ciò che è possibile e ciò che è praticabile. La contrazione del tempo produce un'osservazione spietata del concetto di opportunità. Presentandosi come soggetto che ha preso dimora nel tempo che si è fatto storia, il vecchio ancora se stesso, da un lato, all'irripercorribilità della propria biografia e, dall'altro, nella libertà di una possibile affermazione del proprio essere che non richiede più masche-

quelle passate, cerca di rendere visibile l'invisibile e rendere invisibile ciò che conviene non si sappia. E' la società del nascondimento; della separazione e, in alcuni casi, del-

L'Italia si appresta a diventare il secondo Paese più vecchio al mondo

la segregazione. Nella società dello spettacolo, come si conviene, ciò che esiste è ciò che si può vedere. Ciò che non è piacevole da vedere non esiste. O non esiste più. Si ricordino i fenomeni di alcune malattie come l'AIDS o le paure create dalla diffusione di una possibile pandemia che ha comportato, tra l'altro, lo sterminio di milioni di animali.

Il dato di fatto imprescindibile, se guardiamo a questo XXI secolo, è che l'Europa sta invecchiando e che l'Italia si appresta a diventare nei prossimi 50 anni il secondo Paese più vecchio al mondo. Probabilmente, come tutto sembra indicare, ciò significa una società piena di vecchi, ma anche una società che ha, in molti casi, vinto la scommessa con quella "naturalità" della vita che si imponeva per un alto tasso di morbidità. Quindi, prima di tutto, per affrontare con una certa rigorosità il fenomeno, la prima co-

meni sociali e dei soggetti: i media parlano degli anziani focalizzando ora gli aspetti problematici che si legano all'autosufficienza, ora puntando l'attenzione su fattori quali la qualità della vita e del benessere, ora ricordando che l'innalzamento della vita media pone problemi di pensioni e di welfare. Molto raramente come reale risorsa sociale, umana e di sicurezza psicologica per gli adulti e per le nuove leve generazionali. Una società anziana è una società che possiede l'opportunità di educarsi interiormente, che può sentirsi orgogliosa del possedere una "coscienza storica" e che non può che trarre guadagno dal senso di questa forma di coscienza collettiva. Non ci resta che utilizzarla di più: una società più anziana può essere una società più umana. ■

(*) *Ricercatore Facoltà di Sociologia, Università "La Sapienza" di Roma*



Mostre ed esposizioni in Italia

Annibale Carracci (1560 – 1609)

BOLOGNA – fino al 7 gennaio 2007

Nella odierna piena rivalutazione dell'arte del Seicento spetta finalmente anche al più giovane e dotato dei tre Carracci l'attenzione specifica di una mostra monografica che permetterà di apprezzare per intero la straordinaria varietà e ricchezza della sua opera.

Museo Civico Archeologico
telefono: 051 2757211

Forme e diverse pitture della maiolica italiana

FAENZA (RA)

fino al 25 febbraio 2007

Esposizione che ripercorre la storia della maiolica italiana del Rinascimento attraverso centoventi opere appartenenti al Museo del Petit Palais di Parigi.

MIC - Museo Internazionale delle Ceramiche
telefono: 054 6697311
www.micfaenza.org

Gioielli di filo

GENOVA – fino al 7 gennaio 2007

La mostra propone al pubblico un affascinante percorso dedicato alla storia del merletto visto sia come ornamento di lusso per la moda femminile e maschile tra XVI e XX secolo sia come decorazione per la biancheria domestica.

Musei di Strada Nuova
Palazzo Bianco
telefono: 010 5572013
www.museopalazzobianco.it

Leon Battista Alberti e l'architettura

MANTOVA – fino al 14 gennaio 2007

La rassegna intende documentare con disegni, modelli, marmi, dipinti, medaglie e manoscritti, l'intero pensiero architettonico di Leon Battista Alberti, capace di ispirare la produzione europea sino a tutto il XIX secolo.

Casa del Mantegna
via Giovanni Acerbi 47
telefono: 0376 360506 – 199 199111
www.provincia.mantova.it

Mantegna a Mantova (1460-1506)

MANTOVA - fino al 14 gennaio 2007

In occasione del quinto centenario della morte, il genio del Mantegna verrà celebrato con tre mostre che apriranno in contemporanea in ognuna delle città dove l'artista ha vissuto e lasciato segni della sua opera: Padova, Verona e Mantova.

Palazzo Te
telefono: 0376 369198

Tamara de Lempicka

MILANO – fino al 14 gennaio 2007

Dopo Vienna, Londra e Parigi, arriva finalmente a Milano una grande retrospettiva dedicata alla nota pittrice polacca, che nel 1925 proprio qui tenne la sua prima mostra personale.

Palazzo Reale
telefono: 02 0509362

Paul Klee. Teatro magico

MILANO

dal 27 gennaio al 29 aprile 2007

Questa grande rassegna intende esaminare gli aspetti fantastici dell'opera kleeana come il suo rapporto con la musica e la letteratura e l'approccio con il mondo infantile o primitivo.

FAM – Fondazione Mazzotta
telefono: 02 878197

Giorgio De Chirico

PADOVA

dal 20 gennaio al 27 maggio 2007

Mostra spettacolare con la più ampia selezione mai offerta in Italia di opere metafisiche e dei primi anni Venti e numerosi dipinti inediti.

Palazzo Zabarella
telefono: 049 8753100

Cina. Nascita di un impero

ROMA – fino al 28 gennaio 2007

Per la prima volta si possono ammirare trecento statue appartenenti all'esercito di terracotta: il maggior numero di reperti mai prestato dalle autorità cinesi per una mostra all'estero.

Scuderie del Quirinale
telefono: 06 39967500

Matisse e Bonnard.

Viva la pittura!

ROMA – fino al 4 febbraio 2007

Oltre duecento opere tra oli, sculture, acquarelli, gouaches, disegni, lettere, cartoline e documenti testimoniano la stretta amicizia e la reciproca stima di due maestri del XX secolo: Pierre Bonnard e Henri Matisse.

Complesso del Vittoriano
telefono: 06 6780664

Schiele, Klimt, Kokoschka e gli amici viennesi

ROVERETO (TN)

fino all'8 gennaio 2007

Occasione imperdibile per approfondire la conoscenza del grande artista austriaco, ma anche dell'ambiente culturale della Vienna di inizio secolo scorso nel quale maturò la nascita dell'espressionismo.

MART
telefono: 800 397760

Cristo risorto. Testimonianza e speranza del mondo

VERONA - fino al 7 gennaio 2007

Codici miniati, dipinti, sculture lignee ed in marmo, calici, ostensori e altre preziose opere di oreficeria provenienti da Veneto, Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige documentano le radici cristiane di queste terre e testimoniano nei secoli l'attenzione ai temi evangelici del Cristo risorto.

Museo Miniscalchi-Erizzo
telefono: 045 8032484
www.museo-miniscalchi.it

Ugo Sergi, "Piazza frequentata", acrilico su tela



a cura di Anna
Leyda Cavalli

Duecento espositori nella città scaligera

A Verona arte moderna e contemporanea

Un percorso diviso per “grandi periodi”, opere celebri ed altre innovative, uno spazio dedicato alla fotografia. Si tirano le somme di un'esposizione che è già alla seconda edizione

di **Serena Bianchini**

Nell'affascinante contesto di Verona, città scaligera, il tempo sembra che non passi mai; e invece ad un passo dal centro, il mondo contemporaneo ha dominato indisturbato: è stata realizzata dal 19 al 23 ottobre la seconda edizione di *Art Verona*, fiera d'arte moderna e contemporanea che ha valorizzato la galleria d'arte italiana, con duecento espositori e un percorso consigliato diviso per grandi periodi, a partire da *Prima del Moderno*, seguendo *Novecento*, *Arte Moderna* e *Avanguardie Storiche*, *Arte Contemporanea*, *Grafica* e *Multipli*. Importanti gallerie accanto alle altre emergenti si sono succedute mostrando al pubblico opere celebri e altre più innovative, dando anche risalto alla fotografia e a lavori di giovani artisti internazionali. Principalmente si trattava di una fiera-mercato e come tale mostrava soprattutto opere “vendibili” di medio formato, ma l'aria che si respirava era ricca di cultura, disinteressata, alla ricerca di pubblico internazionale, “quel pubblico che al mercato italiano guarda con interesse e desiderio di scoperta”, ha dichiarato Massimo Simonetti direttore di *Art Verona*. Nel selezionare le gallerie il comitato era costituito da critici e giornalisti d'arte come Luca Beatrice e Maurizio Sciacaluga, un modo per garantire giudizi indipendenti. Si è voluto attirare il maggior numero di visitatori, anche personaggi che non pensavano assolutamente di acquistare opere, semplicemente appassionati e assetati d'arte, giovani co-

me me, che sognano e si pongono domande. Incamminandosi lungo il percorso ci si trovava davanti alla grande installazione *Jumping-Carousel* di Julia Bornefeld, vincitrice del progetto ICONA che mirava a stimolare il rapporto tra le gallerie aderenti, scegliendo tra tante un'opera che rappresentasse la manifestazione. Una strana “ruota” con dei bracci ad ombrello su cui erano state poste gambe vestite con calzettoni che ruotavano incessantemente ricordando la corsa dei bambini: ma la realtà era un'altra... erano robot senz'anima. Nello spazio attorno all'installazione vi erano lunghe foto degli stessi calzettoni ma stavolta era stata fotografata un'azione, gambe di veri bambini che li calzavano. È un'opera che affascina, diverte e nello stesso tempo invita alla riflessione. Era davanti a noi un esempio di immagine dinamica ma priva di vita, mentre sullo sfondo si trovava l'azione con veri protagonisti però fuori da questo tempo: un movimento metafisico. L'assenza di vita si ritrovava in entrambi gli esempi, ma in modo opposto.

Nel continuare il percorso tra una galleria e l'altra, e quindi di città in città, c'era l'Italia intera e con lei i suoi italiani. Negli spazi rappresentativi di Roma, parlando con una gallerista, mi viene chiesto quale fosse il giornale che motivava la mia presenza ad *Art Verona* e mi viene confidato un segreto: i suoi maggiori acquirenti erano i medici che, con la “scusa” del collezionismo, amano circondarsi di opere d'arte che a loro dire, trasmet-

tono loro energia, bellezza ideale e serenità.

Un'opera d'arte può veramente far bene alla salute?

È una personale idea ma fa riflettere, camminando tra la Marilyn di Mimmo Rotella, le splendide “bolle” di vetro di Murano di Masuda Hiromi, la natura morta di Morandi, i De Chirico sparsi qua e là, le sculture di Igor Mitoraj, i progetti di Christo, la mostra di Gabriele Basilico, il cielo che cade di Papetti, gli omini di Francesco De Molfetta, le macchine allungate di Gianni Piacentino... In *Art Verona* si è potuto dare uno sguardo nostalgico al recente passato e guardare negli occhi il nostro presente. ■



GALLERIA: *Les Chances de l'Art*

AUTORE: Julia Bornefeld

TITOLO DELL'OPERA: *Jumping - Carousel*

ANNO DI ESECUZIONE: 2005-2006

MISURE: base 420 cm x h 220 cm x prof 210 cm

TIPOLOGIA: installazione composta da un oggetto in movimento (carosello) ed una sequenza (streap) di tre foto a parete



Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

Harvey e Padova

A cura di Giuseppe Onagro, Maurizio Rippa Bonati e Gaetano Thiene sono stati pubblicati gli atti del convegno "Harvey e Padova", del 21-22 novembre 2002, promosso dall'Università degli Studi di Padova in collaborazione con il Centro per la storia dell'Università di Padova, con L'Accademia Galileiana di scienze, lettere ed arti e con l'Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti in occasione del quarto centenario della laurea in filosofia e medicina di William Harvey, conseguita a Padova il 25 aprile 1602.

Tutti gli interventi contribuiscono ad approfondire la conoscenza di questo medico inglese e della sua opera, il quale, utilizzando il metodo sperimentale e quantitativo d'impronta galileiana, giunse a sostituire alla concezione galenica del flusso e riflusso del sangue quella della circolazione. La divulgazione di questa scoperta per mezzo della sua celeberrima "Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus" del 1628, è da considerarsi l'evento più importante di tutta la storia della fisiologia e anche un vanto dell'Università degli Studi di Padova.

**Atti del Convegno
"Harvey e Padova"**
Edizioni Antilia Treviso
www.edizioniantilia.it

Basilio Cascella: la vita (1860-1950)

La figura di questo grande abruzzese è ricostruita da Franco Di Tizio con dovizia di documentazione ed esattezza di riferimenti.

Il libro ripercorre la vita dell'artista dalla sua nascita al suo apprendistato a Roma e a Napoli, alla fondazione dello Stabilimento Cromolitografico a Pescara e alle appassionate pe-

rorazioni per le scuole di artigianato artistico durante la sua attività di parlamentare fino ai suoi ultimi anni romani.

Autodidatta, Cascella fu artista poliedrico e geniale. Pittore, incisore, ceramista, cartellonista, fotografo, anticipatore delle tecniche pubblicitarie e grafiche. Fu anche editore. La pittura di tematica abruzzese dei suoi inizi, la decorazione artistica di noti articoli commerciali, il lancio di suggestive riviste illustrate, la diffusione di delicate cartoline a colori, la produzione ceramica di dimensione monumentale gli fecero acquistare in vita grande notorietà che si affievolì dopo la sua morte, ma che questa biografia ha il pregio di riportare al centro dell'attenzione.

Franco Di Tizio
"Basilio Cascella: La vita (1860-1950)"
Ianieri Editore, Altino (CH)
pp. 463, € 32,00

Pensaci oh neurologo e parlane

Paolo Pinelli compie con questo suo lavoro un'analisi critica dell'interpretazione della natura umana data comunemente dai neurologi e dagli studiosi di neuroscienze che la circoscrivono nella dimensione indagabile col metodo del materialismo riduttivo.

Questo metodo analizza l'uomo come una macchina animale nella quale si ritiene possa prodursi anche la coscienza cognitiva e morale.

Partendo dalla sua visuale di medico neurologo, Pinelli analizza le ragioni secondo le quali si riconosce nell'uomo anche una dimensione metafisica e passa in rassegna le principali teorie filosofiche, dal materialismo riduttivo fino al relativismo e al nichilismo, che negano tale dimensione mostrando le incongruenze.

La sua analisi viene sviluppata in quindici capitoli, un epilogo e un'appendice che approfondiscono la questione con argomentazioni filosofiche, bibliche, neurologiche, psicologiche, naturalistiche e storiche di grande interesse.

Il libro si conclude con un glossario dei termini scientifici usati nel testo ed un ampio apparato bibliografico.

Paolo Pinelli
"Pensaci oh neurologo e parlane"
www.lampidistampa.it
pp. 293, € 16,00

Solo scienza e coscienza?

Con questo suo nuovo lavoro Giorgio Dobrilla affronta una problematica di grande interesse tanto per i medici quanto per i comuni lettori che si interrogano sull'affidabilità della ricerca clinica.

La sua indagine, muovendosi con molta competenza in questo settore, risponde a molti quesiti sollevati, per esempio, dagli effetti nocivi e, a volte letali, di farmaci regolarmente autorizzati di contro ai buoni risultati degli innocui placebo; dall'influenza che il consumismo esercita nel favorire un'eccessiva assunzione di medicinali o un ricorso esagerato agli esami clinici, con tutte le spese che ne derivano per la sanità; dalla possibilità che i vari tipi di informazione sanitaria non nascondano in realtà molta disinformazione; dalla decantata validità dei principi su cui si basano le medicine alternative. Questi e molti altri argomenti si ritrovano nel testo intessendo tra loro nesi a volte imprevedibili e dando una giusta importanza a questioni spesso sottostimate dalla gente, ma che Dobrilla tratta con competenza e senza timori reverenziali.

Giorgio Dobrilla
"Solo scienza e coscienza?"
Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
pp. 167, € 12,50

Freud e Lacan in psichiatria

In questo libro Fabrizio Gambini si propone di analizzare il modo in cui la psichiatria concepisce la malattia mentale rimanendo, in buona parte, sorda al modo in cui viene intesa e trattata dalla psicoanalisi.

Alcune ragioni di questa sordità possono essere imputate alla psichiatria stessa influenzata dalle concezioni filosofiche, sociali, economiche e scientifiche avvicendatesi nel tempo che,



nella nostra cultura, hanno portato al declino del ruolo paterno e alterato gli antichi legami fra gli uomini.

Trattando di Freud e Lacan in psichiatria l'autore non vuole condurre la ricerca sul piano di una rievocazione storica o culturale, ma vuole iniziare un'indagine, calando il discorso nel vivo del dibattito attuale sulle diverse tecniche psicoterapeutiche messe a punto fino ad oggi e insistendo sul significato della scoperta dell'inconscio e dell'invenzione della psicoanalisi. L'indagine mira a capire le ragioni di questo mancato ascolto giacché sembra impossibile pensare che la formazione psicoanalitica di uno psichiatra possa non produrre effetti significativi.

Fabrizio Gambini

"Freud e Lacan in psichiatria"

Raffaello Cortina Editore, Milano
pp. 186, € 19,00

Frammenti di un corpo e di un'anima

Le poesie di Maurizio Soldini raccolte in questo volume, formano un moderno canzoniere dedicato a Mina, suo unico, grande amore.

Le liriche sono composte in versi sciolti con un linguaggio semplice e spontaneo che rifugge dalle artificiose della poesia moderna e costituiscono, nella loro immediatezza espressiva, impreziosita qua e là da qualche termine ricercato e da rare rime ed assonanze, quasi un diario del cuore e dell'anima dell'autore.

I versi spaziano nel campo dei sentimenti e cantano un amore appassionato e ideale che alternativamente concede all'animo turbamenti e dolci momenti di abbandono. Si coglie in essi anche l'amore per la natura, nei cui mutevoli aspetti stagionali si perde l'animo del poeta, il rimpianto dei giorni luminosi e felici della giovinezza e lo sforzo di cercare nella consapevolezza del tempo che passa la vera meta dell'esistenza.

Maurizio Soldini

"Frammenti di un corpo e di un'anima"

Aracne Editrice, Roma
pp. 107, € 8,00

In breve

Emma Castagnari
ODONTOIATRIA E FIORI DI BACH

Il libro rappresenta una prima ricerca, nel campo dell'odontoiatria, delle terapie alternative e, in particolare, dei fiori di Bach. Questo è un metodo terapeutico semplice e naturale la cui proprietà è rappresentata dalle vibrazioni dei fiori capaci di entrare in sintonia con i nostri stati d'animo e riportarli all'armonia originaria.

www.gieffeedizioni.it

pp. 97, € 10,00

Mario Conti
ACHILLE CECCARELLI (1823 – 1908)

L'interesse di questa biografia è che, oltre alla figura del grande medico riminese, presenta anche un quadro ben documentato della condizione sanitaria del periodo in cui, da una pratica medico chirurgica prescientifica e pretecnologica, si andavano gradualmente affermando le rivoluzionarie innovazioni della seconda metà del secolo diciannovesimo, come le pratiche antisettiche e l'anestesia.

A.M. Tura, Edizioni Doc Art
pp. 125, La Stamperia, Rimini

Giuseppe F. Merenda
FRANCINO, L'ALTRA STORIA
DI FRANCESCO D'ASSISI

Questa ricerca costruisce un'altra verità sul poverello di Assisi estrapolando dalle opere dei tanti autori che hanno scritto di lui gli aspetti per cui fu giudicato pazzo dagli assisani. Ne risulta una figura che molti lettori giudicheranno dissacrata ed oltraggiata, altri più divertente ed umana.

Armando Editore, Roma
pp. 558, € 28,00

Francesco Iodice
DOLCEZZE E FURORI

In questo nuovo libro di racconti l'autore mostra l'inalterato piacere di osservare la società partenopea e di metterne in luce l'arguzia, la sopportazione, l'ironia con cui sa adattarsi alle diverse situazioni della vita. Conserva anche il gusto di mettere in bocca ai vari personaggi il dialetto napoletano e, questa volta, anche un po' d'inglese e di veneto.

MIDIA S.r.l. Monza (MI),
pp. 202, € 13,00

Francesco Andrea Maiello
IL PILOTA DELL'ANIMA

Si tratta delle osservazioni e delle esortazioni di un uomo che, a lungo distratto dagli impegni della vita e successivamente sollecitato dall'esperienza medica e da un nuovo impulso all'osservazione dei comportamenti umani, ritrova nella Bibbia delle verità che credeva di aver scoperto da solo. Verità che portano alla valorizzazione della famiglia e ad una vita onesta, spontanea ed operosa.

Napoli Laurenziana
pp. 262, € 10,00

Carlo Palamà
IL BRADIPO

Una storia moderna e originale, nella quale il protagonista, ragioniere dalla vita ripetitiva e complessata, e sua moglie si trovano inaspettatamente a vivere una serie di vicende rocambolesche. Queste avventure, che modificheranno positivamente il comportamento suo e della moglie, si intessono nel racconto in modo interessante fino al colpo di scena finale.

Felici Editore, San Giuliano Terme (PI)
pp. 165, € 12,00

Giovanni Ruffini
BOLOGNA GIALLA

I cinque racconti polizieschi di questa raccolta sono ambientati a Bologna negli anni settanta. Scritti con uno stile avvincente alla Simenon, vedono al centro delle storie il commissario Rosi e il fido brigadiere Menichelli che in modo non tecnologico, ma ragionato hanno sempre la capacità di giungere brillantemente alla soluzione dei singoli casi. Pubblicato in proprio

pp. 205, € 12,50

Vinicio Sarti
DAL FIUME ALLA MONTAGNA

Un medico che, nato nel Polesine rodigino, andò poi a lavorare sulle montagne che scorgeva dall'argine del grande fiume, ricorda la sua famiglia patriarcale, le abitudini e i costumi del suo paese, il dialetto del luogo natio, le esperienze, ora toccanti ora divertenti, fatte nei sanatori dell'Alto Adige e il suo amore per la montagna con l'amabilità di chi alla fine del libro apparirà un vecchio, caro conoscente.

pp. 304, Weger Editore, Bressanone (BZ)
info@weger.net



< Pubblicità >

< Pubblicità >

Le risorse bibliografiche della Cochrane Collaboration

Evidenze in Rete

È considerata *absolutely the best evidence ever*. Aggiornata ogni tre mesi e prodotta sia su cd-rom sia in versione online, raccoglie il lavoro della *Cochrane Collaboration* (www.cochrane.org).

Parliamo della *Cochrane Library* (www.thecochranelibrary.com), la collezione di database contenenti revisioni sistematiche e studi clinici randomizzati che riguardano trattamenti farmacologici, diagnosi e screening, promozione della salute e organizzazione dei servizi.

In un momento in cui l'enorme quantità d'informazioni disponibili rende difficoltosa la ricerca e la gestione delle fonti per i professionisti della salute, le pubblicazioni secondarie, il cui scopo è fornire una sintesi rigorosa delle prove di efficacia e delle conoscenze disponibili inerenti una determinata area, diventano fondamentali. La *Cochrane Collaboration* è un'organizzazione indipendente, internazionale e no-profit che si prefigge proprio la diffusione di informazioni accurate riguardanti l'assistenza sanitaria. Produce revisioni sistematiche di interventi in sanità e promuove la ricerca di prove di efficacia sotto forma di studi clinici

e altri studi sugli interventi. La *Cochrane Collaboration* vanta numerosi centri in tutto il mondo. In Italia (www.cochrane.it) hanno sede i centri di coordinamento di due Gruppi Collaborativi di Revisione: il *Drugs & Alcohol Group* che ha sede presso l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, a Roma, e il *Multiple Sclerosis Group* presso l'Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano.

Sempre in Italia è presente il centro di coordinamento del *Cochrane Neurological Network*, che ha sede presso la Clinica Neurologica dell'IRCCS Policlinico di Milano. Il suo scopo è il coordinamento e l'armonizzazione dei vari gruppi che agiscono nell'area neurologica e la formazione metodologica e pratica. Presso il Servizio Sovrazonale di Epidemiologia della ASL 20 di Alessandria, troviamo il *Cochrane Vaccines Field*, il cui compito è operare trasversalmente rispetto ai diversi gruppi di revisione, con lo scopo

di aiutare la raccolta delle informazioni, identificare nuovi revisori, evitare duplicazioni, incoraggiare la produzione di nuove revisioni, ricercare finanziamenti per la preparazione e il continuo aggiornamento delle revisioni sistematiche.

I DATABASE

La *Cochrane Library* è consultabile online, è però possibile accedere gratuitamente ai soli abstract, mentre per l'articolo in versione integrale occorre abbonarsi.

di Claudia
Furlanetto



CDSR www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_clsystrev_subjects_fs.html

Il *Cochrane Database of Systematic Reviews* (database delle revisioni sistematiche) raccoglie 2893 revisioni sistematiche di studi clinici randomizzati completate dalla Cochrane Collaboration e 1646 protocolli di quelle ancora in fase di realizzazione. Le revisioni sistematiche contengono tutti i riferimenti a trial condotti in una determinata area e un esauriente sommario di tutte le prove di efficacia disponibili. Sono strutturate e sistematizzate e le evidenze sono incluse o escluse in base ad espliciti criteri di qualità al fine di minimizzare i bias. I dati sono spesso combinati statisticamente con la tecnica della metanalisi per aumentare l'affidabilità di studi troppo poco estesi per produrre, individualmente, risultati attendibili. Per accedere ai full-text delle revisioni, che vengono aggiornate regolarmente, è necessario l'abbonamento, mentre gli abstract così come i titoli dei protocolli sono disponibili gratuitamente su Internet.



DARE www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_cldare_articles_fs.html

Il *Database of Abstract of Reviews of Effectiveness* (database degli abstract delle revisioni di efficacia) contiene abstract di revisioni sistematiche non prodotte dalla *Cochrane Collaboration* e sottoposte ad una verifica di qualità metodologica dal *Centre for Reviews and Dissemination* dell'Università di York (www.york.ac.uk/inst/crd). Ogni abstract contiene un sommario della revisione ed un commento critico riguardante la qualità globale. Il database copre un ampio raggio di interventi rivolti alla salute e include oltre 3000 abstract di revisioni in campi che vanno da test diagnostici alla salute pubblica, dalla promozione alla farmacologia, dalla chirurgia alla psicologia, dall'organizzazione alla realizzazione dell'assistenza sanitaria.

Il DARE è disponibile gratuitamente su Internet previa iscrizione.

CCTR/CENTRAL www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_clcentral_articles_fs.html

Il *Cochrane Central Register of Controlled Trial* (registro centrale degli studi controllati) è un registro di oltre 400mila studi clinici controllati (RCTs), realizzato dai gruppi Cochrane grazie ad una ricerca manuale delle riviste biomediche internazionali pubblicate dal 1945 ad oggi. Gli articoli sono tratti dai più importanti database bibliografici: Medline, che rappresenta la fonte dei 3/5 del numero complessivo degli articoli indicizzati, Embase, ma anche altre fonti. Per ogni articolo sono citati il titolo e i dettagli bibliografici, in molti casi è presente anche un sommario, ma non il full text. In aggiunta ogni gruppo di revisione Cochrane mantiene ed aggiorna una raccolta di studi controllati concernenti la propria area di interesse. Queste raccolte prendono il nome di *Specialized Registers*. Ogni gruppo può raccogliere inoltre gli *Handsearch Results*, che vengono così chiamati quando differiscono dalla materia di ricerca ufficialmente assegnata. Registri e *Handsearch Results* sono assemblati e collazionati dal centro Cochrane statunitense (www.cochrane.us) prima di essere incorporati all'interno della *Cochrane Library*.

CRMD www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_clmethrev_contents_fs.html**CMR** www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_clcmr_articles_fs.html

Il *Cochrane Review Methodological Database* (database metodologico della revisione) contiene due tipi di documenti: quelli inerenti le metodologie utilizzate nelle revisioni sistematiche e quelli inerenti le metodologie utilizzate per i protocolli portati avanti dalla Cochrane. Il *Cochrane Methodology Register* (registro della metodologia) è invece una raccolta di testi sui metodi di conduzione delle revisioni sistematiche ed include articoli di riviste, libri, atti di congressi aventi lo scopo di riassumere la base empirica della metodologia utilizzata. Il CMR è prodotto dal Centro Cochrane britannico (www.cochrane.co.uk), per conto del *Cochrane Methodology Review Group*.

HTA www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_clhta_articles_fs.html

L'*Health Technology Assessment Database* (database di valutazione della tecnologia sanitaria) raccoglie studi sulle implicazioni mediche, sociali, etiche ed economiche degli interventi nel campo dell'assistenza sanitaria. L'obiettivo è quello di migliorare la qualità e il rapporto costo-efficacia dell'assistenza sanitaria. Il registro viene sempre prodotto dal *Centre for Reviews and Dissemination*, con l'utilizzo delle informazioni ottenute da membri dell'Inahta (*The International Network of Agencies for Health Technology Assessment* - www.inahta.org) e altre organizzazioni che si occupano di valutazioni della tecnologia sanitaria.

NHS EED www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_cleed_articles_fs.html

NHS *Economic Evaluation Database* (database del servizio sanitario nazionale britannico sulle valutazioni economiche) è un registro di oltre 5000 pubblicazioni su valutazioni economiche inerenti interventi nel campo dell'assistenza sanitaria. Le referenze sono composte da un abstract e da una valutazione qualitativa. Anche in questo caso il database è prodotto dal *Centre for Reviews and Dissemination*.

Dicembre

e le sue storie

Quale che sia la cosa che vogliamo dire, esistono una sola parola per esprimerla, un solo verbo per animarla, un solo aggettivo per qualificarla.

*Maupassant,
Pietro e Giovanni, Prefazione*

10 dicembre 1914

All'austriaco Robert Bárány viene conferito il premio Nobel per la medicina per i suoi studi sul canale semicircolare dell'orecchio interno.

25 dicembre 1926

In Giappone muore l'imperatore Yoshihito: gli succede il figlio Hirohito.



nard; alle 6 e 13 del mattino il nuovo cuore batteva regolarmente, ma 18 giorni dopo l'intervento un'infezione poneva fine alla vita del paziente. Il 2 gennaio del '68 condusse il secondo trapianto di cuore: questa volta il paziente sopravvisse per 19 mesi dopo l'intervento.

15 dicembre 1939

Negli Stati Uniti una pellicola destinata a lasciare il segno viene proiettata per la prima volta: si tratta di "Via col vento" tratto dal romanzo di Margaret Mitchell.



zio, quasi undici mesi a bordo della stazione spaziale Mir messa in orbita nel 1986. La prima donna ad affrontare la conquista dello spazio fu la russa Valentina Tereškova; a bordo della Vostok 6 rimase in orbita per tre giorni. La Tereškova aveva 26 anni ed era un sottotenente dell'Armata Rossa.

11 dicembre 1991

È la stipula del Trattato di Maastricht al quale inizialmente aderirono 12 Paesi. L'Unione europea nasce ufficialmente due anni dopo, il 1° novembre del '93. Il Trattato si prefiggeva tre principali linee guida: realizzazione degli scopi prefissati dai trattati di Ceca, Cee ed Euratom, il conferimento di più poteri al Parlamento e l'introduzione entro il '99 della moneta unica, l'Euro; definizione di una politica estera e di difesa comuni; affrontare tematiche quali i problemi sociali, del lavoro e dell'immigrazione.

15 dicembre 1966

In California, a Burbank, muore Walt Disney: aveva 65 anni.



3 dicembre 1967

All'ospedale Groote Schuur di Città del Capo, in Sudafrica, il cuore di una donna viene espantato per essere trapiantato ad un uomo di cinquantaquattro anni, Louis Washkansky. Il chirurgo è Christian Barnard.



4 dicembre 1977

La nazionale italiana di tennis viene battuta in finale di Coppa Davis dalla squadra australiana. Il risultato finale è di 3 a 1. Il confronto si era giocato a Sidney.

29 dicembre 1987

Il cosmonauta russo Roman Yurievich Romanenko rientra sulla Terra: ha appena battuto il record di permanenza nello spa-



Roman Yurievich Romanenko

< Pubblicità >

Nelle aziende italiane

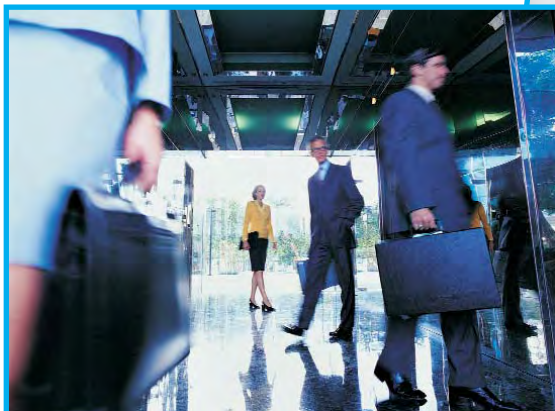
Internet ed e-mail sempre più diffusi

Internet, posta elettronica e siti web sono ormai pane quotidiano per le aziende italiane, dove sono presenti in oltre il 90% dei casi. Alla diffusione delle tecnologie si lega l'aumento dei rischi di sicurezza informatica, visto che il 50,4% delle imprese con 10 addetti ha avuto problemi legati a virus. È il quadro che emerge dall'annuario statistico italiano 2006 dell'Istat. L'e-mail è usata dall'88,9% delle imprese, il col-

legamento a Internet nel 91,7%, mentre più basso è il numero delle aziende che hanno un proprio sito web (54%). Maggiore è la dimensione dell'impresa più elevato è il livello di tecnologia, dove Internet ed e-mail sono presenti nel quasi 100% e il sito nell'87,8% dei casi. Più limitato invece l'utilizzo della rete per scambi commerciali, scelto dal 19,6% delle imprese con più di 10 addetti, ma usato per fare acquisti di

valore comunque contenuto, e ancora più bassa (4%) la presenza di aziende (generalmente nei servizi) che effettuano vendite online. Una modalità quella del commercio elettronico prediletta soprattutto nelle regioni del Nord-Ovest (22,9%) e del Nord-Est (20,7%). Tra il 2002 e 2004, le imprese italiane con più di dieci addetti che hanno svolto attività innovative sono state il 37,5% nell'industria e il 27,6% nei servizi. ■

"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.



Società italiana di ergonomia

Gestione del rischio clinico

Milano, 18 dicembre - Palazzo delle Stelline

Responsabile Scientifico: dott. Riccardo Tartaglia

ECM: richiesto l'accreditamento per medici e infermieri

Sessioni previste: Principi di gestione del rischio clinico - Ergonomia e fattore umano in medicina - L'attuazione del sistema per la gestione del rischio clinico - Buone pratiche per la sicurezza del paziente.

Informazioni: Segreteria organizzativa

R.M. Società di Congressi, Via Ciro Menotti 11, 20129 Milano

Tel. 0270126308 Fax 027382610, email: info@rmcongress.it, sito web: www.rmcongress.it

Policlinico Universitario A. Gemelli – Roma

Flebologia chirurgica

(60 Crediti Formativi Universitari)

A.A. 2006/2007-2007/2008

Direttore: prof. Gregorio Cina

Requisiti e norme di ammissione: l'ammissione al Master è riservata a Laureati in Medicina e Chirurgia in possesso di Diploma di Specializzazione o esperienza documentata in Chirurgia Vascolare o Chirurgia Generale.

Scadenza domande di ammissione: 22 dicembre.

Informazioni per immatricolazione: Tel. 0630155840 Fax 0630155846

email: master.corsi@rm.unicatt.it, sito web: www.rm.unicatt.it/master

Informazioni per didattica: prof. G. CINA, Tel. 0630156127; 3356571968 Fax 0630155951

email: g.cina@rm.unicatt.it

Patologia della vulva

16 dicembre – Aula della Direzione Didattica, Policlinico San Marco di Zingonia – Osio Sotto – (Bg)

Responsabile del convegno: Dr. Gustavo Mascotti

Obiettivo del convegno: il convegno si propone di divulgare l'esperienza, di analizzare risultati ed approfondire le conoscenze in ambito medico, chirurgico, ginecologico ed oncologico della patologia della vulva.

Informazioni: Fax 035-885789, email qualita.psm@grupposandonato.it

Segreteria Organizzativa sig.ra Mara Frigerio, sig.ra Francesca Accorigi, sig.ra Giovanna Nozza, Tel. 035-886220

Crediti ECM: Sono stati richiesti al Ministero

Società Italiana di Artroscopia

Artroscopia e ginocchio degenerativo

16 dicembre – AC Hotel – Torino

L'evento, promosso dalla Delegazione regionale per il Piemonte e la Valle d'Aosta della SIA, Società Italiana di Artroscopia, avrà la durata di mezza giornata ciascuno.

Informazioni: Coordinazione Scientifica Daniele Comba, Tel. 011/505730 Fax 011/590940

Segreteria Organizzativa: Il Melograno Centro Servizi, Via Pigafetta, 36, 10129 Torino

Tel. 011/505730 Fax 011/590940, email: Info@ilmelogramnoservizi.com

Percorsi interattivi e formativi pediatrici

14-16 dicembre New Europe Hotel – Napoli

Presidente del Convegno: Rosario Di Toro

Coordinatore Scientifico: Angelo F. Capristo

ECM: il Congresso ha seguito le procedure per ottenere l'autorizzazione presso il Ministero della Salute dei crediti di "Educazione Continua in Medicina".

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, 00194 Roma

Tel. 06 36381573 Fax 06 36307682, email: info@ideacpa.com, sito web: www.ideacpa.com

Istituto di Medicina Didattica Corso di dietologia

1° incontro: 10-11 marzo 2007

Diagnostica ecografica muscolo scheletrica

1° incontro: 9-10-11 febbraio 2007

I corsi si svolgeranno presso l'Istituto di Medicina Didattica

Informazioni: Segreteria Organizzativa Istituto di Medicina Didattica

Via Rossini 37, 87036 Rende (CS), Tel. 0984-837372

Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma

Reumatologia pediatrica

Sede del Corso: Policlinico universitario A. Gemelli - Roma

Direttore del Corso: prof. Achille Stabile

Coordinatore del Corso: dr. Donato Rigante

Il corso di Reumatologia pediatrica prevede 60 ore di insegnamento teorico-pratico e si svolgerà nel 2007 nelle seguenti date: 26-27 Gennaio; 23-24 Febbraio; 23-24 Marzo 27-28 Aprile; 25-26 Maggio

La domanda di ammissione al corso di Reumatologia pediatrica dovrà essere indirizzata in carta semplice al Magnifico Rettore e spedita al Servizio Formazione Permanente dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Largo F. Vito n. 1, 00168 Roma entro il 30/12/2006

Informazioni: Segreteria Scientifica

prof. A. Stabile, dr. D. Rigante

Tel. 06-30154290, 06-30154475 Fax 06-3383211, e-mail a.stabile@rm.unicatt.it

Etta Climinti (dip. Scienze pediatriche med.- chir. e neuroscienze dello sviluppo)

Tel. 06-30154475 Fax 06-3383211, e-mail: dip.scienzepediatriche@rm.unicatt.it

Segreteria Organizzativa Servizio Formazione Permanente

Tel. 0630154074 Fax 06-3051732, e-mail: parisi@rm.unicatt.it





Seconda Università di Napoli

Eco-color-doppler e angioecografia con mezzo di contrasto in medicina interna

Policlinico-Napoli – Gennaio-Giugno 2007 Aula padiglione PM3-Piazza Miraglia

Presidente del Corso: prof. U. Parmeggiani

Programma: eco-color-doppler ed ecografia con mdc nelle epatopatie e nefropatie diffuse, neoplasie, trapianti – eco-doppler dei tessuti superficiali, eco-color-doppler arterioso e venoso periferico

Informazioni: Segreteria Organizzativa

ANICE-dr. I. Sordelli Tel. 0815665234, 3385404037

e-mail: ignazio.sordelli@virgilio.it; ignaziosordelli@ecografiainterventistica.it

Università degli studi di Firenze

Vaccini e Strategie di Vaccinazione

Direttore: Prof. Paolo Bonanni

Il Corso si articola in 4 moduli che affrontano tutte le tematiche legate alle vaccinazioni, ciascuno della durata di 3 giorni (7-9 febbraio, 7-9 marzo, 18-20 aprile, 23-25 maggio 2007), per un totale di 80 ore di frequenza. Sono previste lezioni, esercitazioni, seminari, tavole rotonde.

La partecipazione ai corsi di perfezionamento universitari corrisponde all'acquisizione di tutti i crediti ECM dell'intero anno solare. Domande d'iscrizione entro dicembre 2006.

Informazioni: dott.ssa Angela Bechini Tel. 055-4598504, e-mail: angela.bechini@unifi.it

dott.ssa Sara Boccalini Tel. 055-4598508 Fax 055-4598935, e-mail: sara.boccalini@unifi.it

Società Italiana di flebologia clinica sperimentale

Congresso SIFCS Regione Campania

15 dicembre – Hotel delle Terme di Agnano – Napoli

Presidente: dott. Michele del Guercio

L'evento è stato accreditato al Ministero con numero 5 crediti formativi.

Sessioni: il linfodema degli arti inferiori
il tromboembolismo, venosolaser terapia
sclero-mousse

Informazioni: Segreteria Scientifica

Presidente: Sifcs Regione Campania,
Consiglio direttivo Sifcs Regione Campania
Via dei Mille 59, 80121 Napoli
Tel/fax. 081405553

Segreteria organizzativa

Solaria Service Congress Organizer
Via Posillipo 316, 80123 Napoli
Tel. 0812466193-94 Fax 0812403698
Rif. Signora Nunzia Irace
e-mail: nunzia@solariaservice.com
sito web: www.solariaservice@solariaservice.com

Università degli studi di Siena

Medicina Estetica

La durata del Master è di 16 mesi; moduli didattici: 10; Crediti Formativi: 60.

L'inizio è previsto per Febbraio 2007 ed il termine per la presentazione delle domande di iscrizione è fissato al Gennaio 2007.

Informazioni: S.C. Chirurgia Plastica

dell'Università degli Studi di Siena
Policlinico Le Scotte - Viale Bracci, 53100 Siena Tel.
e Fax 0577/585158

siti web: www.unisi.it/postlaurea/master.htm;
www.unisi.it/eventi/master

Società Italiana Maxillo Odontostomatologica

La Maxillo Odontostomatologia nel SSN

8-11 Febbraio 2007 Ospedale "George Eastman" di Roma

Presidente: Mauro Orefici

Presidente del Congresso: Giovanni Dolci

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Triumph Congressi S. r. L. Via Lucilio 60, 00136 Roma

Tel. 06 355301/06 35530280 Fax 06 35530235,

e-mail: segreteriasimo@gruppotriumph.it

sito web: www.simo-santapollonia.it

Ecografia dell'intestino ed epato-bilio-pancreatica

Febbraio-luglio 2007

Evento a numero chiuso (n. 30 partecipanti) accreditato per 38 punti ECM, indirizzato a gastroenterologi, epatologi, chirurghi, internisti, radiologi

Argomenti: Ruolo dell'Ecografia Clinica nella Diagnosi, nel Monitoraggio e nel Trattamento delle Malattie del Fegato e del Tratto Gastroenterico

Responsabile del corso: dott. L. Tarantino;

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. I. Sordelli

Tel. 3385404037, e.mail: ignazio.sordelli@virgilio.it

Oppure inviare una e-mail al Direttore del Corso: luciano_tarantino@fastwebnet.it

sito web: www.ecografiainterventistica.it

Società Italiana di Odontostomatologia
per l'Handicap

Odontostomatologia nelle persone con disabilità

27 gennaio 2007

Palazzo del Turismo - Riccione

Presidente: prof.ssa Silvia Pizzi

Argomenti: La prevenzione dentale;
Approccio al paziente nell'età evolutiva;
La terapia odontostomatologica
nel paziente con disabilità.

L'Educazione Sanitaria:

la Famiglia, la Scuola, il Terzo Settore

Informazioni: Segreteria Organizzativa

dott. Marco Magi

V.le Emilia 67, 47838 Riccione (RN)

Tel. e Fax 0541644512

sito web: www.sioh.org

Congresso regionale Andi Sicilia

Trapani – Hotel Crystal, P.zza Umberto I
10 febbraio 2007

Relatori: prof. V.A. Malagnino, prof. F. Brenna

dott. A. Caprioglio, dott. C. Caprioglio

dott. G. Prada

Informazioni: Segreteria Organizzativa

dott. Alberto Adragna

Tel./Fax 0923/546522

e.mail: albertoadragna@libero.it

andisicilia@libero.it - Richiesti crediti ECM





Associazione Lombarda Medici Agopuntori Agopuntura

Anno Accademico 2006 – 2007

Inizio corsi: primo anno 16 dicembre presso ALMA, via Sambuco 12, 20122 Milano

Direttore: dott. Carlo Moiraghi

Accreditamenti: FISA - Federazione Italiana delle Società di Agopuntura.

Durata: Il Corso è quadriennale e riservato a Laureati in Medicina e Chirurgia. Ogni anno di Corso si svolge in dieci seminari teorici e pratici di una giornata ciascuno.

ECM: crediti per il seminario che si terrà l'11.02.07, ad anni di corso riuniti,

"l'agopuntura quale metodica medica complementare alla medicina occidentale nella terapia delle lombalgie, evidenza cliniche".

Informazioni: ALMA, via Sambuco 12, 20122 Milano, Tel 028361618 Fax 028392468

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

European Agency for Relationship and Training Holistic

Hostage (crisis) negotiation guidelines for mental health professional

Il corso è articolato in due livelli, e si terrà presso il Circolo Montecitorio
Via Campi Sportivi 5, Roma (Zona Nord – Acqua Acetosa)

Basic Hostage Negotiation 24-25-26 febbraio '07

ECM accreditato: 31 crediti formativi

Advanced Crisis Hostage Negotiation 27-28 febbraio '07

Specializzazione nella negoziazione

È indispensabile, per la frequenza del corso avanzato, la formazione di base data nel primo livello.

ECM accreditato: 14 crediti formativi

Obiettivi: Allargare le proprie conoscenze in tale settore e acquisire nuove strategie utili a una migliore soluzione del momento di crisi in situazioni impreviste.

Organizzazione: dott.ssa Maria Marini, dott.ssa Terry Bruno

Informazioni: EARTH - European Agency for Relationship and Training Holistic

Piazza Mazzini 27, Roma

Tel. 335-6113724, 328-6146431, 335-6510796

Fax 06-3319342, e-mail: terebun@tin.it

paola-mei@alice.it maria.marini@mclink.it

e-mail: info@earth-nlp.com

sito web: www.earth-nlp.com

Trattamento della Spasticità dell'arto superiore

Torino 13-15 dicembre

Sede: Centro Congressi Villa Gualino

Presidente: prof. Maurizio Bellucci Sessa

Vice Presidente: dott. Roberto Rago

Informazioni: Direzione Scientifica

dott. M. Avalle tel 011-4393446

Fax: 011-4393582

e-mail: avalmario@libero.it

dott. C. Lentino Tel 0196234716

e-mail: carmelo.lentino@ospedalesantacorona.it

dott. P. Pietrapiana Tel 011-4370711

e-mail: ppietrapiana@dongnocchi.it

Università degli Studi di Siena

Ossigeno-Ozonoterapia Medica

Inizio del corso: febbraio 2007

Direttore del Corso: prof. M. Chiavarelli

Sede del Corso: Policlinico Le Scotte

viale Bracci, Siena

Crediti Formativi: esonero dall'acquisizione crediti

ECM 2007 per i Medici che frequentano il Corso

Informazioni: 3488732739

e.mail borrelli@biolab.med.unisi.it

Azienda ospedaliera Sant'Andrea - Università di Roma "La Sapienza"

Medicina tradizionale cinese e medicina occidentale

Anno accademico 2005-2006

Il Master di integrazione tra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale, ha la durata di un anno accademico diviso in due semestri. La domanda di ammissione deve pervenire entro il 20 dicembre. Entro il 10 gennaio 2007 la graduatoria degli ammessi sarà affissa presso la Sede della Segreteria del Master. Per conseguire il diploma di Master, il partecipante deve aver acquisito i 60 crediti formativi, aver superato le prove di verifica, aver elaborato la tesi e superato l'esame finale. L'attività didattica del Master si svolge presso la struttura della II Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di ROMA "La Sapienza".

Informazioni: Segreteria Organizzativa del Master

Tel. 0633274626, e.mail: annarita.bastianelli@uniroma1.it

Istituto per le scienze psicologiche e la psicoterapia sistematica - Cesad

Psicoterapia professionale sistematica, psicopatologia fenomenologica e analisi dialettica

Sede del Corso: Istituto per le Scienze psicologiche e la psicoterapia sistematica.

Via Maragliano 8, Genova

Corso di Specializzazione quadriennale legalmente riconosciuto dal Ministero dell'Università (MIUR)

Direttore Didattico: dott. G. Giacomo Giacomini

Data di inizio del Corso: 20 febbraio 2007

Termine di scadenza per l'iscrizione al corso: 31 gennaio 2007.

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

Incontinenza urinaria

Torino 14 febbraio 2007 – Salone cinema della Piccola Casa della Divina Provvidenza

Via Cottolengo 12

Informazioni: Segreteria Scientifica

C. Ferraris – M. Vottero

Segreteria Organizzativa

Symposia O.C. srl P.zza Campetto 2/8

16123 Genova

Tel. 010/255146, 010/255103 Fax 010/255009

e.mail: symposia@symposiacongressi.com

sito web: www.symposiacongressi.com

Aortic Surgery "How to do it"

15-16 dicembre Milano – Istituto Scientifico

Universitario San Raffaele

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Centro Congressi San Raffaele

Tel. 0226433700 Fax 0226433754

e.mail aortic.surgery@spr.it

sito web: http://congress.spr.it/aorticsurgery

Università degli studi di Padova

Chirurgia tiroidea e paratiroidea

Padova 1-5 febbraio 2007

Direttore: Prof.ssa Maria Rosa Pelizzo

Informazioni: Patologia Speciale Chirurgica

Segreteria 6° piano Policlinico

Via Giustiniani 2, 35128 Padova

Tel. e Fax 049-8212250

e.mail: mariarosa.pelizzo@unipd.it

sito web: www.unipd.it/corsi_perfezionamento

Scadenza domande: 18 gennaio 2007

Il Corso garantisce la copertura ECM

Come da Decreto MURST 3/11/1999, n° 509





È nata la Società Italiana di Psicosomatica Ipnotica

L'associazione è stata fondata il 5/giugno del 2006. La società intende diffondere ed introdurre in sempre più ampi strati della sanità la cultura di una medicina di indirizzo psicosomatico e vuole rappresentare un punto di convergenza e riferimento per quanti volessero conoscere e apprendere l'eccitante mondo dell'ipnosi raccogliendo, nel contempo, la stimolante sfida di creare nuovi approcci e inserire ulteriori modelli organizzativi nella sanità specie Campana e meridionale

Informazioni: dott. Angelo Federico

Tel. e Fax 0812542407-8 Cell. 3383093940

e.mail: psicoipno@fastwebnet.it sito web: www.psicosomatica-ipnotica.net

Psicoterapia Breve Strategica

La Scuola di psicoterapia breve strategica di Arezzo (www.centroditerapiastrategica.org) diretta dal prof. Giorgio Nardone, riconosciuta dal MURST, organizza a Genova, con avvio nel gennaio 2007, il master per medici e psicologi in psicoterapia breve strategica della durata di due anni.

Informazioni: dott. Andrea Vallarino

Tel. 010/2467677 cell. 3496922664

e.mail: andreavallarino@andreavallarino.net sito web: www.andreavallarino.net

Istituto Nazionale Tumori Regina Elena

Master course on head and neck surgery

Bangalore, INDIA February 9th-13th, 2007

Information: Organizational Secretariat

Gamma Congressi s.r.l. Via della Farnesina 136, 00194 Roma

Tel. 0636300769 / 4628 Fax: 063290694 e.mail: info@gammacongressi.it

Scientific Secretariat Raul Pellini, MD; Cesare Piazza MD e.mail: pellini@info.it - ceceplaza@libero.it

Società Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi

Psicoterapia ed ipnosi medica secondo livello

34 crediti formativi ECM per medici, psicologi e odontoiatri

Primo seminario: sabato 27 e domenica 28 gennaio

Secondo Seminario: sabato 10 e domenica 11 febbraio

Terzo Seminario: sabato 24 e domenica 25 febbraio

Sede: Starhotel Excelsior, Via Pietramellara 51, Bologna

Informazioni: Via Porrettana 466, 40033 Casalecchio di Reno BO

Tel. 051.573046 Fax 051.932309 e.mail: inedita@tin.it

Università di Foggia

Emergenza

Il master avrà inizio da gennaio 2007

Riservato a medici impegnati nel settore delle emergenze (P.S., 118, Rianimatori, UTIC, ecc.)

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Servizio Anestesia e Rianimazione Universitaria "Ospedali Riuniti di Foggia"

prof. Michele Dambrosio, Tel. 0881732306 Fax 0881732387

Comunicazione e relazionalità in medicina: nuove prospettive per l'agire medico

Roma, 16-17 febbraio 2007

Auditorium "A. Gemelli" – Facoltà di medicina e Chirurgia

Informazioni: Segreteria Scientifica Associazione Medicina – Dialogo – Comunione

Via dei Frascati 306, 00040 Rocca di Papa (Roma), e.mail: mdc@flars.net

Segreteria Organizzativa: Gruppo SC Studio Congressi – Servizi per la comunicazione

Via F. Ferrara 40, 00191 Roma

Tel. 063290250 Fax 0636306897, e-mail: sc@scstudiocongressi.it - Richiesti crediti ECM per medici



a cura di
Maria Rita
Montebelli

I risultati
di alcuni
recenti studi

Quando vino e caffè sono “per” la salute

Il segreto è tutto nelle dosi. Un consumo moderato fa del vino e del caffè sostanze amiche del cuore; ma attenzione, al di sopra dei due bicchieri di vino o di tre tazzine di caffè al giorno si rischia piuttosto di imbattersi nei loro effetti indesiderati. Un consumo prudente di alcol (meglio ancora se sotto forma di vino rosso) si associa ad un basso rischio di infarto; anzi dal punto di vista delle coronarie sembrano rischiare più gli astemi che i bevitori morigerati. Uno studio, appena pubblicato su *Archives of Internal Medicine*, ha valutato l'associazione tra consumo di alcol e rischio di infarto del miocardio in una popolazione di adulti con stile di vita salutare, arruolata nell'*Health Professionals Follow-up Study* (HPFS). In 16 anni di analisi prospettica riguardante questa coorte di 8mila e 867 uomini in buona salute e con 4 parametri di stile di vita salutari (BMI inferiore a 25, mezz'ora di esercizio fisico al giorno, astensione dal fumo, abitudini dietetiche corrette), un consumo moderato di alcol (5-30 grammi/die) è risultato associato ad un ridotto rischio di infarto del miocardio. Certo non è facile ignorare il risvolto della medaglia ovvero le ricadute negative (etilismo, incidenti stradali, epatopatie croniche, aumentato rischio di tumori) di un consumo smodato di alcol; e forse è proprio per questa ragione che gli esperti si limitano ad invitare i pazienti a bere “alla”

salute e non “per” la salute, evitando così di includere l'alcol dalle raccomandazioni delle linee guida. Venendo al rapporto tra caffè e malattie coronariche, gli studi in questo caso non hanno dato risultati univoci. C'è da dire però che nel tempo la bilancia si è spostata decisamente verso una “riabilitazione” della tazzina rispetto alla demonizzazione che ne veniva fatta fino a qualche anno fa. Uno studio di recente pubblicato su *Epidemiology* ha evidenziato che il caffè potrebbe rappresentare un trigger, il fattore scatenante di un infarto non fatale solo nei cardiopatici che non ne fanno consumo abituale (RR 4,14 per i consumatori occasionali, rispetto ad un RR di 1,06 per i consumatori abituali). È degli ultimi mesi infine la scoperta che di fronte al caffè, o meglio alla caffeina,

non siamo tutti uguali; esiste infatti una popolazione di metabolizzatori lenti e una di metabolizzatori rapidi e tutto sembra dipendere da un polimorfismo dell'enzima 1A2 del citocromo P450 (CYP1A2). Gli individui omozigoti per l'allele CYP1A2*1F, i cosiddetti metabolizzatori “lenti”, sono quelli nei quali appare più evidente l'associazione tra consumo di caffeina e rischio di infarto del miocardio. Semaforo verde invece per i metabolizzatori “rapidi”. Non essendo possibile sottoporci tutti in massa ad una tipizzazione allelica, non resta ancora una volta che appellarsi al buon senso e consumare caffeina, anche tutti i giorni, ma con moderazione. Per i perfezionisti poi ecco altre due chicche. La varietà “robusta” di caffè è molto più ricca di composti fenolici ad elevata attività anti-ossidante, rispetto alla varietà “arabica”. I diterpeni infine, sostanze ad attività ipercolesterolemizzante, sono presenti solo nel caffè bollito ma non nel filtrato.

Fonte: Mukamal KJ et al. *Alcohol consumption and risk for coronary heart disease in men with healthy lifestyle.* Arch intern Med 2006; 166: 2145-50.

Cornelis MC et al. *Coffee, CYP1A2 genotype and risk of myocardial infarction.* JAMA 2006; 295: 1135-41.

Baylin A et al. *Transient Exposure to coffee as a trigger of a first nonfatal myocardial infarction.* Epidemiology 2006; 17: 506-11.





Preziosa edizione

Trattato italiano di medicina interna

ra hanno contribuito 260 autori, insigni studiosi delle nostre istituzioni universitarie, ospedaliere, e sanitarie.

Centinaia di medici, oggi con i capelli bianchi, ricordano con una certa emozione i "pesanti" volumi del primo "Teodori", la loro rilegatura bianca e le pagine di carta patinata, un'opera preziosa che voleva trasmettere, anche il rigore metodologico. Oggi la medicina clinica è "velocizzata" da un continuo flusso di informazioni; spesso è difficile fermarsi a riflettere. Di qui l'utilità scientifica ma anche culturale nel vero senso della parola, di un trattato che mantiene e rinnova elementi

essenziali della professione medica. Il merito della pubblicazione di questa preziosa opera va alla romana "Società editrice Universo", che è ricorsa alle collaborazioni, nelle varie edizioni, di decine di studiosi, tra questi, nella settima edizione, spiccano i nomi di Pietro Cugini (è autore anche della prefazione e colta prefazione), Giuseppe Guarini, Francesco Violi, Massimo Volpe ai quali si affiancano i professori Gemino Fiorelli e Massimo Lopez. ■

AA.VV. *Teodori 2004 - Trattato Italiano di Medicina Interna*. Società Editrice Universo, pp. 3200, € 192,00.

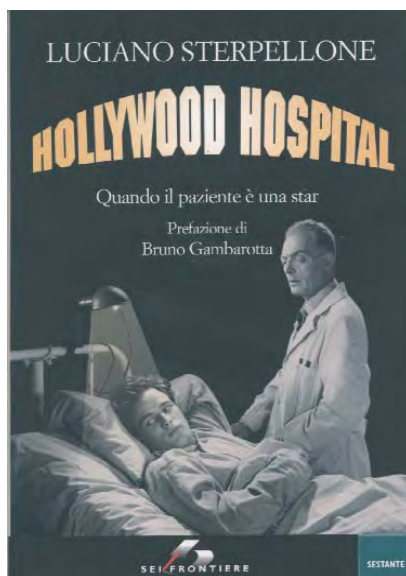
Tremila 186 pagine, 41 capitoli, mille figure (319 a colori) mille 110 tabelle. Ecco a noi una ristampa del "Trattato Italiano di Medicina interna" – Teodori 2004. Un'opera ponderosa che non sembra azzardato definire eccezionale, un classico sul quale si sono preparati, a partire dal 1971, generazioni di medici, alla cui stesura

Sterpellone a Hollywood

Luciano Sterpellone, nostro prestigioso collaboratore, non finisce più di stupire. L'abbiamo lasciato alle prese con i medici celebri che hanno lasciato un'impronta benefica nella storia e ce lo ritroviamo a Hollywood "al capezzale" dei grandi del cinema.

Sterpellone, con in una mano il fonendoscopio e nell'altra la penna, percorre la lunga corsia di un immaginario ospedale per ricostruire, cartella clinica sotto il braccio, i travagli di salute di alcune grandi star.

Sfilano così i cinque pacchetti di sigarette giornalieri fumati da Yul Brinner, le enormi abbuffate di Orson Welles, la fornita farmacia e pasticceria di Marilyn Monroe, i trenta e più ricoveri di Eliza-



beth Taylor, una vera enciclopedia vivente della medicina, o il triste e patologico tramonto di Stan Laurel e Oliver Hardy.

Come ha scritto Wim Wenders "Il cinema mostra la morte al lavoro sulle facce degli attori" e il libro di Sterpellone, in modo tuttavia leggero, insegue i momenti di questo lavoro; ma è anche, insieme, una piccola storia, alla portata di tutti, degli strumenti e delle conoscenze della medicina che via via si sono affinate.

Come scrive Bruno Gambarotta nella intelligente Prefazione, "C'è una sinistra grandezza nella narrazione di queste corse rovinose verso la dissoluzione". ■

Luciano Sterpellone. *Hollywood Hospital*. Società Editrice Internazionale, pp. 209, € 13,50

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".

Bologna

Donazione Organi

La donazione degli organi può avvenire solo se è stata accertata la morte encefalica del potenziale donatore e si è ottenuto il consenso (o, meglio, "la mancata opposizione al prelievo"). La morte encefalica, inizialmente individuata dal medico rianimatore che ha in cura il soggetto, viene poi confermata dai tre specialisti che compongono la "Commissione per l'accertamento di morte". Oltre a cuore, reni, fegato, polmoni, pancreas ed intestino possono essere donati anche i tessuti: la pelle, le ossa, le cartilagini ed i tendini, le cornee, le valvole cardiache e i segmenti vascolari. La donazione di rene, di parte del fegato, di midollo osseo, cute, sangue placentare, epifisi femorali, si realizza anche da persone viventi.

Chi può donare

Ogni persona può essere donatore di organi o solo di tessuti. Non esistono precisi limiti di età per un donatore. Ad esempio, il fegato può essere prelevato e trapiantato con successo anche da donatori di età superiore agli 80 anni. Non possono essere donatori, i portatori di:

- sieropositività HIV1 o 2;
- positività contemporanea ad epatite B e delta;
- tumori maligni in atto;
- infezioni sistemiche sostenute da micro-organismi per i quali non esistono terapie praticabili;
- malattie da prioni accertate.

Dopo il trapianto

I pazienti trapiantati recuperano, solitamente in tempi brevi, una completa riabilitazione funzionale e fisica, tornando ad una vita normale: lavoro, viaggi, sport, e alla possibilità, per le trapiantate, di portare a termine una gravidanza.

Tutto ciò affinché si possa ricordare in maniera minima quanto fu fatto per la gente dell'alluvione.

Aldo Fusi

Barberino di Mugello

Genova

Sintesi dell'incontro della Federazione

Regionale degli Ordini della Liguria del 28 giugno

Presenti gli esponenti di: Imperia (Alberti, Graffigna, Virno, Berro, Taffari), La Spezia (Mannironi, Battolla, Sanvenero, Bianchi), Savona (Trucco, Giusto, Azzarello, Traverso, Martinengo), Genova (Bartolini, Ghio, Gaggero, Ravetti, Inglese Ganora, Migliaro, Annibaldi). Nel corso del Consiglio, riunitosi nella sede dell'Ordine di Genova (presidente Alberto Ferrando, segretario Barbagallo), sono state deliberate proposte di modifica al Piano di "Riordino del Servizio sanitario regionale", evidenziando l'importanza della partecipazione degli Ordini Provinciali e della Federazione regionale degli Ordini dei medici - per le rispettive competenze provinciali o regionali - al Governo della salute affinché gli stessi svolgano le proprie funzioni statutarie di tutela della salute del cittadino e rispetto del decoro e della dignità del medico. È stata, inoltre, presa in esame la richiesta inoltrata dall'Istituto G. Gaslini alla Regione per poter innalzare l'età pediatrica per i soggetti ultra quattordicenni che vengono ricoverati in strutture pediatriche. La Regione si è orientata favorevolmente a tale proposta, ma ha ritenuto necessario acquisire dall'Istituto un programma dettagliato degli interventi e delle iniziative da porre in essere per garantire le necessarie tutele a tutti i ricoverati.

Catania

Carabinieri: concorso per 13 medici

L'Arma dei Carabinieri ha bandito un concorso straordinario per il reclutamento di 13 ufficiali in ferma prefissata, ausiliari del ruolo tecnico-logistico, specialità medicina. Requisiti richiesti sono: essere cittadino italiano, non avere più di 32 anni, altezza minima per i maschi 1,70 e 1,65, per le femmine, laurea medicina e chirurgia, abilitazione professionale e iscrizione all'Ordine, non essere stati dichiarati obiettori di coscienza o ammessi al servizio civile. La domanda di partecipazione al concorso, redatta nel modello che si può scaricare dal sito dell'Arma dei Carabinieri, deve essere inviata, entro trenta giorni dalla pubblicazione del bando in Gazzetta Ufficiale, a mezzo raccomandata A/R al seguente indirizzo:

Ministero della Difesa presso Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri

Centro Nazionale di Selezione e Reclutamento Ufficio Reclutamento e Concorsi

Viale Tor di Quinto n. 119; 00191 - Roma.

Firenze

Anniversario dell'alluvione

Nei giorni 7-8-9-10-11 novembre 1966 l'allora sindaco di Barberino di Mugello, Mensi Rolando, ora scomparso, convocò i medici e le ostetriche del Comune e a gruppi di due li inviò a Firenze, esattamente in piazza dei Ciompi dove ogni gruppo ebbe alcuni indirizzi di persone che noi andammo a visitare, consigliare, confortare.

Il sottoscritto con l'ostetrica Lagi Jolanda, il dottore Pino Paolo con l'ostetrica Forassassi Giorgia (ora scomparsa), il dottor Banti Spartaco con l'ostetrica Cianti Maria Luisa, il dottor Poli Antonio (ora scomparso) con la ostetrica Bruna Paolini (ora scomparsa) e il dottor Falorni Antonio.



Il battello naviga su auto non visibili
(5 novembre 1966 - ore 8,00)
Istituto L. Da Vinci

Il bando, contenente prove, programmi d'esame, date di pubblicazione dei calendari e modalità per la formazione delle graduatorie, è pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, 4^a serie speciale, n. 68, dell'8 settembre 2006.

Campobasso

Continuità Assistenziale e problemi di sicurezza

Ancora un episodio di violenza si è verificato ai danni del servizio di Continuità Assistenziale con irruzione all'interno della sede di Campomarino da parte di un tossicodipendente che ha danneggiato la sede sfondando la porta con un estintore e procurandosi ferite; inoltre riusciva ad impossessarsi di fogli di ricettario sottratti dalla borsa del medico fortunatamente assente in quel momento per visita domiciliare. Lo stesso individuo già visitato lo stesso giorno, nella notte contattava la centrale operativa del 118 ed aveva una accesa discussione con i medici di guardia medica di Termoli. Attivati dal collega che rientrava dalla visita sono intervenuti i Carabinieri arrestando l'aggressore che sarà processato per direttissima. Pensiamo a cosa poteva succedere se il medico fosse stato in sede! Per l'ennesima volta si ripresenta il problema della sicurezza delle "sedi di guardia medica assolutamente insicure" per i medici che sono esposti ad ogni tipo di rischio. La Continuità Assistenziale è infatti l'unica categoria medica che purtroppo annovera quasi ogni anno morti nell'esercizio della professione.

La notte del 23 giugno scorso ed il successivo fine settimana i medici di continuità assistenziale hanno prestato servizio, con encomiabile spirito, nella sede inagibile, con porta sfondata, vetri in frantumi e piena di sangue sparso dappertutto: scrivania, pavimento, bagno, perché nessuno ha provveduto ad alcun intervento di ripristino.

Brescia

Tassa di iscrizione all'Ordine

Variazione coordinate bancarie

Nel caso di apertura di nuovo e diverso conto corrente sul quale far addebitare la tassa ordinistica è necessario, al fine di evitare disguidi, comunicare tramite la propria banca o direttamente all'Ordine le nuove coordinate bancarie.

Il modulo di adesione e variazione delle coordinate è disponibile in segreteria e scaricabile dal sito internet dell'Ordine www.ordinemedici.brescia.it.

Alessandria

Conto corrente obbligatorio e rintracciabilità degli incassi

Con l'entrata in vigore della legge di conversione del Decreto "Bersani" con l'art. 35 vengono introdotte modifiche riguardanti le scritture contabili degli esercenti arti e professioni.

Le nuove regole impongono i seguenti obblighi:

- i contribuenti esercenti arti e professioni devono tenere uno o più conti correnti bancari o postali utilizzati per la gestione dell'attività professionale. Tali conti devono

essere utilizzati per compiere prelievi per il pagamento delle spese sostenute e per far affluire obbligatoriamente i compensi riscossi nell'esercizio della funzione professionale;

- i compensi devono essere riscossi solo mediante strumenti finanziari tracciabili e non in contanti, fatta eccezione per le somme unitarie inferiori a 100,00 euro.

In merito al limite dei 100,00 euro, il comma 12 bis del suddetto art. 35, inserito in sede di conversazione del provvedimento, prevede che detto limite si applichi solo a partire dal 1° luglio 2008.

Dall'entrata in vigore della legge di conversione del Decreto e sino al 30 giugno 2007 il limite al di sotto del quale i compensi possono essere incassati in contanti è fissato in 1000,00 euro.

Per il periodo compreso tra il 1° luglio 2007 e il 30 giugno 2008, infine, il limite è stabilito in 500,00 euro.

Novara

Medici di famiglia e visite di controllo ai minori

Con la nota protocollo 1866 del 19 luglio 2006 il ministero del Lavoro precisa che per le Aziende con obbligo di sorveglianza sanitaria la visita sanitaria per le assunzioni di minori (anche se apprendisti), svolta dal medico competente nominato in azienda, esaurisce ogni adempimento a carico del datore di lavoro (articolo 8 comma 8 legge 977/67; al contrario le Aziende non sottoposte all'obbligo sanitario sono tenute a sottoporre i lavoratori minorenni (anche se apprendisti), a proprie spese, a visite mediche presso l'Asl territorialmente competente oppure, in quelle Regioni che hanno eliminato tale funzione presso l'Asl, rivolgendosi al medico convenzionato (medico di medicina generale – medico di famiglia – medico pediatra di libera scelta).

Secondo il ministero, a differenza del passato (quando prima delle modifiche del DLgs 262/2000, era previsto specificatamente che tali visite dovessero avvenire presso l'Asl locale competente per territorio) il medico abilitato a verificare l'idoneità al lavoro è colui che appartiene all'organizzazione sanitaria pubblica.

Livorno

Campionati mondiali della medicina: medaglia d'oro ad un medico livornese

Si sono svolti a Montecatini i Campionati mondiali della medicina. Una conferma della forza azzurra è arrivata dal nostro iscritto Giorgio Corretti, livornese, medico chirurgo psichiatra, figlio di Alessandro medico dentista, che ha conquistato l'oro nella sciabola maschile. Il collega, che aveva già conquistato il titolo di campione italiano di sciabola Master, ha raggiunto il prestigioso risultato battendo in finale un inglese, dopo aver sconfitto nelle eliminatorie due tedeschi e un francese. Il dott. Corretti, già allievo di Mario Carletti maestro di scherma e di vita, nei momenti liberi della sua professione insegna scherma a Viareggio.

Al dott. Giorgio Corretti le più sincere congratulazioni dal Consiglio e da tutto l'Ordine di Livorno.

China: la natura contro la malaria

Sono alberi che vegetano spontanei nella regione andina di Ecuador, Perù, Bolivia e Colombia settentrionale, fra i 1500 e i 2500 m. di altitudine. Nel XVIII secolo, per timore dell'estinzione, si crearono delle piantagioni in India, Ceylon, Giava e Australia

di Carolina Bosco
Mastromarino

China è il nome con cui si indica la corteccia delle varie specie di *Cinchona* appartenenti alla famiglia delle Rubiacee: essa contiene circa 25 alcaloidi imparentati fra loro tra cui gli stereoisomeri chinina e chinidina, cinchonina e cinconidina, acido chinico, olio essenziale, resine, tanini, amido e principi amari.

PROPRIETÀ ED IMPIEGO TERAPEUTICO

La *Cinchona officinalis*, che abbonda in Ecuador, è la specie più usata e la prima ad essere stata impiegata. La *Cinchona succirubra*, o *China rossa*, viene coltivata ed utilizzata per la sua marcata azione tonificante sulle funzioni digestive e cresce spontanea nella regione di Quito e in Perù. Anche la *Cinchona calisaya*, detta *China gialla*, vegeta spontanea in Perù ed in Bolivia.

Le cortecce di tutte le specie di China hanno le stesse proprietà febbrifughe, antimalariche e tonificanti, le differenze sono dovute alla diversa concentrazione del principio attivo.

Con il progresso della chimica la chinina è stata quasi completamente soppiantata da antimalarici di sintesi, come la cloroquina, ottenuti per biosintesi dal triptofano e dalla loganina che hanno minori effetti collaterali. Tuttavia, negli ultimi anni, vi è stato un ritorno all'uso della chinina per il trattamento della malaria, visto

l'evidenziarsi di forme resistenti ai farmaci sintetici, ma in grado di rispondere alla chinina. La corteccia di China, comunque, si usa ancora con successo nelle zone rurali del Sud America e dell'Asia. L'azione farmacologica della China è dovuta al suo contenuto alcaloide e principalmente alla chinina, specifico antimalarico per la sua potente azione antitermica e antiprotoplasmatica che si manifesta specialmente verso le forme protozoarie (amebe, infusori, parameci, plasmodi, tripanosomi, ecc.), mentre molto più debolmente si manifesta verso i batteri. La chinina agisce inoltre come blando analgesico ottundendo la

sensibilità dolorifica a stimoli di origine muscolare o articolare, pertanto, nella fase acuta della malaria, abbassa la febbre, allevia il mal di testa e la nausea facendo scomparire il malessere generale provocato dalla malattia. La chinina e, in misura maggiore la chinidina, agisce sul cuore diminuendone l'eccitabilità per cui è indicata nella terapia della fibrillazione atriale. La chinina è anche dotata di un'azione utero tonica che è trascurabile a utero vuoto, ma che aumenta durante la gravidanza ed è massima nell'ultimo periodo. Si impiega durante il parto per rendere più energiche le contrazioni ecboliche.

La droga è impiegata anche come amaro tonico ed eupeptico ed è consigliata ai convalescenti e agli astenici, a questo titolo entra nella preparazione di diversi aperitivi, di gusto gradevole e molto apprezzati. I sali di chinina sono per lo più impiegati come analgesici, antipiretici, nella profilassi e nella cura della malaria. Inoltre la China trova anche applicazione per uso esterno come cicatrizzante e antisettico nelle stomatiti, nella piorrea, nella faringite e come tonico per il cuoio capelluto. ■



PREPARAZIONI

Per uso esterno: Decotto. 40 g di polvere di corteccia si lasciano bollire per dieci minuti in un litro di acqua, quando è freddo si filtra e si fanno sciogliere o impacchi sul cuoio capelluto.

Per uso interno: Macerazione. Lasciar macerare 30g di corteccia in 1 litro di acqua per un'ora, una tazza prima di ogni pasto.

Infuso. Mezzo cucchiaino di corteccia in una tazza di acqua bollente. Una tazza prima di ogni pasto, non superando 4 tazze al giorno.

Giardini d'inverno e cactus a Natale

Foglie carnose, lunghe e seghettate, con fiori dai colori brillanti, come rosso, rosa e lilla, che danno un tono di allegria nei giorni di festa. Parliamo della *Schlumbergera*, una valida alternativa alle più conosciute euforbie. Alla scoperta delle piante invernali

CACTUS DI NATALE

Se chiediamo a qualcuno di dirci qual è il fiore che evoca il periodo natalizio risponderà immancabilmente le "stelle di Natale". Difatti durante queste feste le case si riempiono di *euforbie* (questo il loro nome botanico) dai colori più sgargianti, come il rosso, e da quelli più tenui, come il bianco, il giallo, il rosa. Ma esiste un'altra pianta che ultimamente sta acquistando sempre maggiore popolarità. Parliamo della *Schlumbergera* più conosciuta come "Cactus di Natale". Essa è originaria delle foreste amazzoniche e deve il suo nome, un po' ostico per noi, al suo scopritore, il francese Federico Schlumberger. Ha foglie carnose, lunghe seghettate, all'apice delle quali nascono i fiori dai colori brillanti, come rosso, rosa e lilla, che danno un tono di allegria nei giorni di festa. La sua fioritura è molto abbondante e dura alcune settimane; basta tenerla in un angolo della casa al riparo dalle correnti d'aria e dai raggi diretti del sole. Al contrario di altre piante, il "Cactus di Natale" si può tenere

anche in camera da letto con benefici effetti perché trasforma l'anidride carbonica in salutare ossigeno. La *Schlumbergera* può raggiungere considerevoli dimensioni, ma lo fa lentamente e quindi potrà stare in nostra compagnia per molti anni. Avendo rami ricadenti è anche adatta ad essere appesa ad un cestello davanti ad una finestra. Trattandosi di una pianta di origine esotica, teme il freddo e quindi, nelle zone del nord Italia, va tenuta al riparo dalla fine dell'estate all'inizio della primavera, mentre nel meridione può essere coltivata all'aperto per tutto l'anno. In estate avrà bisogno di acqua regolarmente, ma senza eccessi perché teme i marciumi. Ma è nel periodo invernale che potremo goderci appieno il "Cactus di Natale", mettendolo magari in competizione con la non meno bella *euforbia*.

GIARDINO IN CASA

Nel periodo invernale possiamo trasformare la nostra casa in un giardino; nulla di più affascinante che vive-

re in ambienti dove foglie e fiori spuntano come per magia da dietro un mobile o accanto ad una finestra. Innumerevoli sono le specie che possono vivere in casa, prima fra tutte il *Ficus Benjamina*. Il suo folto fogliame cresce su rami sottili ed ha un colore verde intenso. Ama la luce, non ha bisogno di particolari cure e ha la capacità di depurare l'aria dell'ambiente. Attenti alle correnti d'aria perché non le sopporta; quanto alle innaffiature, le gradisce con moderazione.

Altra pianta d'effetto è la felce, pronta a riempire, quando è adulta, grandi spazi. Ama gli ambienti umidi e quindi è adattissima a vivacizzare le sale da bagno; comunque il terreno deve essere sempre bagnato e periodiche devono essere le spruzzature sulle foglie. A dare un ulteriore tocco esotico possiamo accogliere in casa la palma detta *phoenix*, dalle leggiadre foglie verde scuro. Anch'essa ama la viva luce e un ambiente caldo. Per ravvivare con del colore i nostri appartamenti nel periodo invernale possiamo utilizzare il *Solanum Capsicastrum*: originario del Brasile, non perde le foglie, che sono di un verde scuro, fiorisce in giugno - luglio e nei mesi freddi si riempie di bacche grosse e scarlatte che - fate attenzione - sono alquanto velenose. ■

di Diana Geraldini



Un po' di storia e un po' d'attualità

Il primo francobollo, il "Penny Black", emesso intorno alla metà dell'800, era di colore nero con il profilo della regina Vittoria. Cosa propone Poste Italiane in vista delle prossime festività natalizie

di Gian Piero Ventura

Abbiamo iniziato questa rubrica lo scorso numero raccontando di come si intraprenda un percorso filatelico, con l'aggiunta di qualche notizia o curiosità sulle ultime emissioni di Poste Italiane. Questa volta, invece, dedichiamo il nostro spazio ad una "prima puntata" sulla storia del francobollo, come suggeritoci da qualcuno, che ringraziamo.

Il francobollo, come molte altre novità, nasce in Inghilterra durante la rivoluzione industriale. Il Regno Unito era un grande Impero, con un servizio postale in forte espansione, ma affidato ai postini che erano tenuti a riscuotere la tariffa ad ogni consegna. Così, a cavallo tra il 1839 ed il 1840 venne varata una riforma davvero semplice, basata sugli studi di Rowland Hill, successivamente nominato Sir da Sua Maestà.

Tutto fu impostato proprio sull'introduzione del francobollo, che includeva due cambi

epocali: la tariffa veniva pagata prima della spedizione ed era calcolata non più sulla distanza, bensì sul peso.

Ecco quindi l'emissione di quello che è universalmente riconosciuto come il capostipite di tutto. Il celebre "Penny Black", nero appunto come il carbone, con sopra il maestoso profilo della Regina Vittoria.

Un solo consiglio, se siete agli inizi di una collezione e adesso vi state appassionando, non fate caso al valore di questo pezzo storico, ci sono davvero tanti zeri dopo il primo numero, anche in Euro.

Cambiando radicalmente situazione segnaliamo che Poste Italiane, grazie alla collaborazione artistica dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, ha emesso due francobolli ordinari appartenenti alla serie tematica "il Santo Natale". Il primo, a soggetto religioso, è un capolavoro filatelico già nella sua incisione in calcogra-



fia, ed è una riproduzione attenta e fedele dell'opera pittorica intitolata *L'Adorazione dei Magi* e comunemente attribuita a Jacopo da Bassano. La vignetta del francobollo documenta una delle circa quattordici "Adorazioni dei Magi" che egli ha realizzato. Nello specifico il quadro, restaurato nei primi mesi del 2006, appartiene alla Collezione dei quadri della "Civiltà Cattolica", la rivista quindicinale di cultura dei Padri gesuiti italiani, uno dei periodici più antichi della Penisola essendo stato fondato nel 1850. Il secondo francobollo della serie, a soggetto laico, rappresenta invece un luminoso ed allegro albero di Natale.

Per concludere desideriamo dare notizia della 2a Mostra Mercato *ÆTERNUM NUMIFIL*, che si svolgerà l'8 e 9 Dicembre nella Capitale, presso la Fiera di Roma Padiglione 41, ingresso da P.zza E. Rufino. Come spesso accade non si tratterà solo di Filatelia, ma anche di altri rami del collezionismo ovvero Numismatica, Cartolinafilia e Telecarte. ■



È la “bestrofina”

La protagonista dell'olfatto

Identificata da un team di ricercatori. Potrebbe avere trasferimenti tecnologici interessanti quali lo sviluppo di un naso artificiale

Non è più un mistero il dono di Jean-Baptiste Grenouille, l'uomo dotato di un potentissimo olfatto protagonista de “Il Profumo”, il bestseller di Patrick Suskind di recente portato allo schermo. Un gruppo di ricercatori ha infatti identificato la proteina che amplifica gli stimoli odorosi: è la Bestrofina. La scoperta, risultato di un progetto condotto da un team di ricercatori della Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati (Sissa) in collaborazione con l'Istituto Italiano di Tecnologia (IIT) di Genova, potrebbe, secondo gli autori della ricerca, avere trasferimenti tecnologici interessanti, quali lo sviluppo di un naso artificiale basato su meccanismi simili a quelli utilizzati dagli organismi viventi, un sistema olfattivo artificiale in grado di rilevare basse concentrazioni di

sostanze odorose. È un meccanismo molto complesso quello che permette all'uomo di distinguere più di 10.000 molecole odorose diverse e l'olfatto è rimasto a lungo il più enigmatico dei nostri sensi. Non pochi lettori del romanzo di Suskind, ambientato nella Parigi pre-rivoluzionaria, sono infatti rimasti affascinati dalla capacità del protagonista di catturare odori ed intrappolarli nella sua memoria, per poi divertirsi a mescolarli creando fragranze irresistibili e meravigliose. Gli scienziati della Sissa hanno scoperto che la Bestrofina, una proteina il cui malfunzionamento causa una malattia neurodegenerativa della retina dell'occhio, si trova anche nelle cellule olfattive ed è la responsabile dell'amplificazione del segnale elettrico che viene poi trasmesso in direzione del bulbo olfat-

tivo e delle altre regioni del cervello, dove l'informazione viene processata ed elaborata. Il sistema olfattivo è costituito da numerosissimi sensori, i neuroni olfattivi, che si autorigenerano ogni due mesi e sono ospitati nella profondità delle cavità nasali. Questi neuroni sensoriali sono responsabili dell'interazione con le molecole odorose: lo stimolo chimico, legandosi con i recettori, si trasforma in segnale elettrico e viene trasmesso al cervello. Molte delle proteine coinvolte nel meccanismo di trasduzione, spiegano all'IIT, erano note da tempo. Si sapeva, inoltre dell'esistenza di una proteina che, in presenza di ioni calcio, permette il passaggio di una corrente di ioni cloro, agendo come amplificatore del segnale elettrico. Tuttavia, l'identità di questa proteina era ancora sconosciuta. ■

L'allarme viene da Torino

Emicrania: malattia che fa anche ingrassare

È causata da un'alterazione di strutture cerebrali precise localizzate all'interno del "circuito del dolore". Colpiti il 30 per cento degli obesi

Sono circa 7-8 milioni gli italiani costretti a fare i conti, durante l'anno, con un dolore alla testa violento e pulsante, accompagnato a volte da nausea e vomito. "Tanti sono i malati di emicrania nel nostro Paese, nel 20% dei casi afflitti da crisi quotidiane, e ancora oggi spesso accusati di simulare un dolore che fino a poco tempo fa era giudicato solo un disturbo disfunzionale, o un sintomo di altri problemi "più seri". Oggi invece abbiamo scoperto, grazie a uno studio condotto all'università di Torino, che

l'emicrania è una vera e propria malattia, causata da un'alterazione di strutture cerebrali precise, localizzate all'interno del *circuito del dolore*. Lo spiega Lorenzo Pinessi, ordinario di Neurologia dell'ateneo piemontese e direttore del Centro cefalee dell'ospedale Le Molinette di Torino, illustrando a Milano i risultati di una ricerca tutta italiana, che sarà presto pubblicata su *Headache*. "Sotto accusa - dice l'esperto - i lobi frontali e temporali, aree cerebrali che fanno parte del circuito

che regola il dolore". Per la prima volta al mondo il team piemontese, usando un'innovativa metodica di risonanza magnetica (che si avvale di una particolare analisi morfometrica), è riuscito a evidenziare "delle riduzioni focali di sostanza grigia proprio nelle aree cerebrali del circuito del dolore". Piccole alterazioni, presenti sia nei pazienti con emicrania episodica, sia in quelli cronici, ma non nei soggetti di controllo, cioè sani. La ricerca, condotta su 56 persone (di cui 27 afflitte da emicrania) "ci ha permes-

so di verificare anche che questa riduzione di sostanza grigia è direttamente correlata con la frequenza degli attacchi". In pratica, maggiori sono le alterazioni, maggiore è la vulnerabilità alle crisi. "Dunque possiamo dire che chi soffre di emicrania è un malato vero, non un simulatore. Purtroppo arriva alla diagnosi anche dopo anni di sofferenza, e deve essere aiutato". Non solo, un altro recente studio del team piemontese ha legato l'emicrania ai chili di troppo. "La malattia fa ingrassare: circa 3 milioni di emicranici italiani sono obesi o in sovrappeso. Si calcola che questa malattia regali chili in più nel 20-30% dei casi", dice Pinessi.

"Nella nostra ricerca abbiamo visto che l'emicrania colpisce il 10% della popolazione generale e il 30% degli obesi. Così - precisa Pinessi - siamo andati a studiare il metabolismo del glucosio, scoprendo che i pazienti con emicrania presentano una certa insulinoresistenza: anticamera della sindrome metabolica, del diabete preclinico e dell'obesità". Non solo, a insidiare la linea di chi soffre di questa forma di mal di testa sono anche i farmaci. "Alcuni medicinali usati nella profilassi dell'emicrania, come i beta-bloccanti e i calcioantagonisti, possono far ingrassare: secondo un recente studio su 200 pazienti, alcune molecole anti-emicrania regalano anche sei chili in più". ■



< Pubblicità >

< Pubblicità >

Liste d'attesa in G.B. è guerra

Settantamila pazienti in meno ogni anno che aspettano di essere ricoverati, con un tempo medio d'attesa di 7 settimane, contro le 12 di tre anni fa. Sono alcuni dei risultati raggiunti dal Sistema sanitario nazionale britannico (Nhs) sulla *clinical governance*, i migliori dal 1988, e presentati dall'ambasciatore inglese a Roma nel corso di un convegno sul rischio clinico. "La *clinical governance* diffusa in Inghilterra - ha detto l'ambasciatore Edward Chaplin - descrive un sistema con cui le organizzazioni dell'Nhs rendo-

no conto del costante miglioramento della qualità dei loro servizi e salvaguardia degli standard di cura. I tempi di attesa registrati nel 2006 sono i più bassi da quando si è iniziato a raccogliere i dati nel 1988". In base ai dati presentati, il numero di liste d'attesa si è ridotto di oltre il 20% negli ultimi tre anni, scendendo ad un ritmo di circa 70mila pazienti ogni anno, con un totale di pazienti in attesa di ricovero sceso da 968.449 nel 2003 a 759.136 nel 2006. Circa i tempi, se nel 2003 solo un paziente su due poteva arrivare ad aspettare fino a 13 setti-

mane, oggi oltre il 75% dei pazienti aspetta di meno, con una media di sette settimane. Nello stesso tempo, il numero dei malati in liste d'attesa lunghe, di oltre 26 settimane, si è azzerato. Ugualmente positivo il trend per le visite specialistiche ambulatoriali. Nel 2004 solo il 38,1% dei pazienti poteva contare su un appuntamento in tempi brevi dal momento della richiesta del medico di base, mentre ora il 50,5% aspetta una media di quattro settimane, e quelli con tempi medio-lunghi (8-13 settimane) sono scesi dal 23,9% al 15,1% nel luglio 2006. ■

< Pubblicità >

< Pubblicità >

Chi pensa alla "presentazione"?

I "trailer" oggi durano un minuto al cinema e trenta secondi in televisione: un tempo record nel quale raccontare un'intera storia. L'esperienza di Miro Grisanti che iniziò con "Miracolo a Milano": puntare tutto sulle emozioni

di Maricla Tagliaferri

Se la pubblicità è l'anima del commercio, i trailer sono l'anima del cinema: una "presentazione" ben fatta può decidere il destino di un film. È un'arte vera e propria, che Miro Grisanti, un signore romano dall'allegria contagiosa, esercita da 40 anni. Nel suo studio, attaccate qua e là, le locandine dei film che ha lanciato, ormai più di mille, i premi che ha ricevuto nei festival dedicati, ma anche il Leone d'Oro ricevuto a Venezia insieme al disegnatore Pino Zac, col quale realizzò, storici "corti" come "L'uomo in grigio", finalista agli Oscar, o "Una vita bollata". È anche colpa sua se i vari "Natali" di Boldi e De Sica ci sono sem-

brati così accattivanti. Ma è anche merito suo se siamo andati a vedere, incuriositi, Almodòvar, Ferreri o Bellocchio.

Come ha cominciato?

Da ragazzino, subito dopo la guerra, entrando nello stabilimento di sviluppo e stampa dove lavorava papà. Ero un po' la mascotte, intimidito da tutti i mostri sacri che circolavano là dentro e che mi davano consigli. Mi concentrai sulla truka, la macchina per fare gli effetti speciali. Il primo film cui collaborai fu "Miracolo a Milano", sa la scena in cui le scope volano nel cielo? Lavoravamo sull'unica truka ottica italiana, che avevano smontato per non farsela portar via dai tedeschi e non avevano saputo rimontare, mancavano dei pezzi: ci mettemmo un mese per fare pochi secondi di film. Mi piacque tantissimo e a 21 anni ero già caporeparto. Cambiai stabilimento, feci un po' di pubblicità, i cortometraggi con Pino Zac.

Il primo lavoro in proprio?

Nel 1966, un amico mi propose la presentazione di "Agente Z55 missione disperata", uno 007 all'italiana. Un vero disastro: attori che non sapevano cadere, scenografie squalidissime. Mi inventai dei mascherini che del fotogramma prendevano solo il meglio e intorno ci misi buchi, esplosioni, colori. Ebbe successo e continuai: era divertente, rendevano bene, non mi annoiavo. E

poi avevi l'occasione di frequentare autori importanti, Pasolini, Bolognini, Zeffirelli.

Come si affronta il lavoro con gli autori?

Con onestà. Gli dico, specie ai più grandi: guardate che i miei lavori, anche se sono belli, potrebbero non andar bene per voi.

Però tutti si fidavano di lei.

A me è sempre piaciuto cambiare, inventare. Sono stato il primo a fare una presentazione tutta muta. Mi chiamarono dallo stabilimento: "Miro, guarda che qua non si sente niente!", mi dissero sconcertati. E poi sperimentavo di tutto: vetri spalmati di ducotone, gocce di inchiostro nell'acqua gelata, macchie di petrolio sul mare. Adesso ci sono i computer e si fa tutto più in fretta.

E si diverte lo stesso?

Be' all'inizio mi mancava mettermi la pellicola intorno al collo, sentire con la lingua da che parte stava la gelatina. Però, porca miseria, la velocità, la precisione, la pulizia... non c'è lotta.

Come sono cambiati i trailer?

Prima le presentazioni duravano anche quattro minuti, si aveva il tempo di raccontare una storia. Ora durano un minuto al massimo per le sale e non più di 30 secondi per la tv e devi puntare tutto sulle emozioni.

Si sente mai in colpa per aver dato qualche bufala agli spettatori?

Ma io mi limito a confezionare uno spot che metta curiosità, non dico mai "è bello, andate". Se uno capisce male, mica è colpa mia.

La sola più grossa che ha rifilato?

Pochi anni fa, con "Talos", su una mummia, veramente brutto, guardi, terribile. Però la presentazione acciappava tantissimo e il film ha fatto il suo incasso.

Quando doveva più raccontare che suscitare emozioni, c'era meno spazio per imbrogliare le carte. O no?

Ma sa, c'era poco da imbrogliare. A quel tempo la gente andava al cinema comunque. ■



La locandina del film "Miracolo a Milano"

Tutti a cantare sotto l'albero

"Stille Nacht", la più famosa e sublime fra le canzoni natalizie, nacque quasi duecento anni fa pizzicata su una chitarra nella chiesa parrocchiale di uno paesino dell'Austria. In Italia è conosciuta come "Astro del ciel"

La sua storia assomiglia ad una bella favola creata apposta per Natale. È la sera del 24 dicembre 1818 e Joseph Mohr, parroco di San Nicola a Oberndorf, paese a circa 15 Km a sud di Salisburgo, si accorge con costernazione che l'organo è rotto e che non può essere riparato per la funzione serale. Un guaio grosso, tanto più che per l'occasione speciale il reverendo Mohr aveva commissionato al suo amico Franz Xaver Gruber, maestro d'organo nella stessa parrocchia, una melodia per musicare le sei strofe di una sua poesia natalizia, che cominciava così: "Stille Nacht, heilige Nacht! Alles schläft, einsam wacht". Niente organo niente coro? Impossibile. Il bravo Gruber non si scoraggia, cava la sua chitarra, adatta ed arrangia la melodia al suo strumento e ne fa l'accompagnamento, lo stesso che poche ore più tardi seguirà le voci del coro in chiesa avvincendo la folla dei fedeli. Sembra una fiaba ma è storia, anche se un po' complicata.

Sì, perché "Stille Nacht" subito dopo la sua nascita venne dimenticata: Joseph Mohr morì nel 1848 e Franz Gruber fu trasferito ad Hallein a dirigere il coro parrocchiale.

Già allora, nonostante la subitanea diffusione della canzoncina nei paesi attorno, non se ne conosceva l'autore. Qualcuno l'attribuiva al fratello di Haydn, Michael, qualcun altro – data la semplice bellezza della melo-

dia – addirittura a Mozart. Per la verità nel 1854 Franz Xaver Gruber aveva scritto all'abate di San Pietro a Salisburgo dichiarando sua la melodia e il testo di Mohr, ma senza ricevere risposta. Poi Gruber morì nel 1863 ad Hallein (dove era nato, nel 1787), e la faccenda dell'autore fu dimenticata. Ma "Stille Nacht" sta già facendo il giro del mondo come "ninna-nanna popolare tirolese di autore ignoto".

Così sarebbe tuttora se al nipote di Franz Xaver Gruber e suo omonimo, non fosse caduto sotto gli occhi l'articolo di un giornale di Berlino che esponeva le varie ipotesi circa l'origine di "Stille Nacht". Gruber nipote

spedì una lettera di precisazione al giornale ed al Burggräfler di Merano, città nella quale risiedeva, e che entrambi pubblicarono. Erano i primi del 900 e giustizia fu fatta. In occasione del centenario di "Stille Nacht", Gruber nipote ne ripropose la versione originale nel duomo di Merano e ogni notte di Natale ad Hallein la società corale ricorda meister Gruber con un'esecuzione speciale nel Cimitero Vecchio. Oggi di "Stille Nacht" ne esistono innumerevoli adattamenti e versioni in tutte le lingue: primato, questo, superato soltanto dalla Bibbia, che però è antica di diverse migliaia di anni ed opera di un Autore col quale non si può competere... Il borghetto di Hallein è ancora raccolto sulla memoria di quel dolce organista che 188 anni fa creò la canzone natalizia più celebre del mondo. La casa di Gruber ha sulla facciata il suo viso mite scolpito in altorilievo e, davanti, la tomba sempre coperta di fiori: una targa in bronzo racconta brevemente la vicenda. Nella chiesa, proprio di fronte, c'è l'organo che per fortuna decise di non funzionare in quella notte magica. La chitarra di Gruber, il pianoforte, scritti, autografi, spartiti e trascrizioni originali si trovano invece nel piccolo museo locale. ■

**testo di
Piero Bottali**



Una locandina che raffigura i due creatori di "Stille Nacht": a sinistra il parroco Joseph Mohr, il paroliere, e a destra meister Franz Xaver Gruber, autore della musica. La locandina venne stampata in occasione del 150° anniversario della nascita della celebre canzone natalizia nel 1818

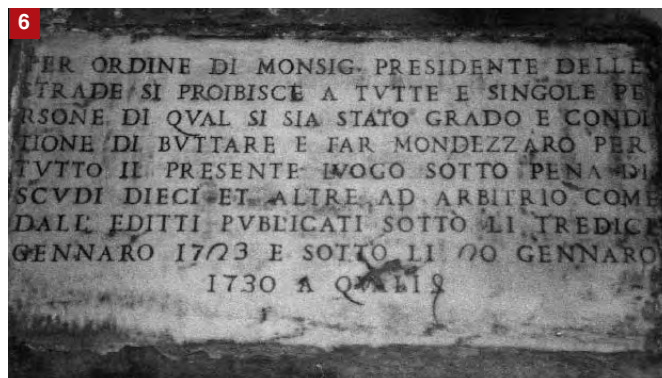
Foto di
Carlo Ciocci

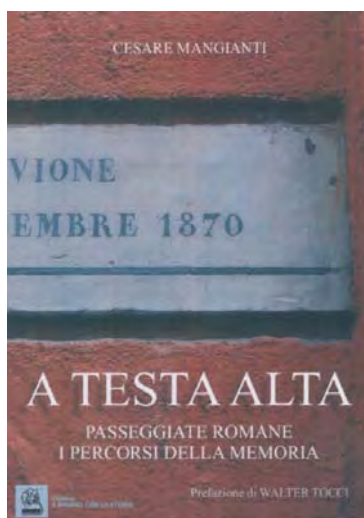
Passeggiando per Roma con il naso all'insù

La capitale non sarebbe la stessa senza quei monumenti che raramente vengono inseriti nelle guide perché considerati "minori". Partiamo dalle suggestive iscrizioni che spesso sfuggono persino ai romani



- 1 Il rione Borgo onora i suoi caduti della I^a Guerra Mondiale
- 2 Edicola mariana con putto, oggetto di devozione utile anche ad illuminare le strade di notte
- 3 Memoria dello straripamento del Tevere sulla facciata di Santa Maria Sopra Minerva
- 4 In Piazza Farnese il luogo dove visse Santa Brigida di Svezia, autrice delle "Rivelazioni"
- 5 Targa in Via del Corso che ricorda la più antica utenza idrica di Roma, quella dell'Ospedale San Giacomo
- 6 Il divieto "di buttare e far mondezzaro"





Passeggiare per Roma attraverso vicoli, strade ed angoli nascosti può rivelarsi un insolito e affascinante viaggio nella storia della città. La riscoperta e la lettura, infatti, delle epigrafi e delle targhe marmoree che si trovano sui muri, sulle facciate dei palazzi romani ci consente di ripercorrere la storia di Roma, per scoprire l'ordito su cui si è tessuto, in oltre duemila anni, l'attuale fantasmagorico e scenografico assetto urbanistico e l'archivio storico, immortalato dalle epigrafi sui muri di Roma.

Le targhe sono tessere di un mosaico, sono pagine di storia che ci permettono di ricordare, attraverso piacevoli passeggiate in città, personaggi che hanno dimorato in certi luoghi, avvenimenti storici, fatti urbanistici ed eventi meteorologici. Tali epigrafi costituiscono, a tutti gli effetti, la memoria di un vissuto storico, sociale, politico e urbanistico che abbiamo il dovere di non dimenticare.

L'autore di questa insolita guida di Roma è un laureato in fisica, Cesare Mangianti, che ci accompagna con passione ed entusiasmo per tre itinerari, diversi, da piazza del Quirinale, a Fontana di Trevi, al Pantheon, da Piazza Navona a via Ripetta a Piazza Augusto Imperatore. Itinerari che ci propongono Roma con una nuova e più attenta chiave di lettura e ci invitano

a rivisitarla con occhi nuovi e più attenti.

L'opera di cui parliamo e che vogliamo portare alla vostra attenzione è: "A Testa Alta. Passeggiate Romane. I percorsi della memoria".

Il volume, edito da MMC Edizioni (www.mmcedizioni.it) euro 29 è il primo di una serie di un progetto editoriale che comprende altri volumi che ci inviteranno a passeggiare, ancora, per itinerari diversi, alla scoperta di Roma.

Durante le passeggiate incontreremo, virtualmente, Canova, Donizzetti, Pertini, Ciceruaccio, Palo V Borghese, Sisto V Peretti, Clemente XII Corsini, Pio IX e tanti altri papi che hanno, con la loro opera di sistemazione urbanistica, contribuito a dare a Roma lo spettacolare assetto urbano, rendendo la città eterna una città unica, irripetibile e scenografica.

Il libro come ha commentato il sindaco Veltroni, alla presentazione in Campidoglio, tocca le corde della memoria e una città senza memoria sarebbe triste.

L'invito, però, dell'autore è "di rivisitare Roma possibilmente in gruppo, per fare del moto tranquillo e rilassante cogliendo l'occasione per socializzare mediante l'incontro e lo scambio di esperienze e sensazioni".

Rivisitare Roma seguendo il progetto "A testa alta", una serie di "esplorazioni" guidate alla scoperta e alla ricognizione delle targhe e delle epigrafi marmoree che sono poste sui palazzi e sui monumenti della Capitale. Nel volume, infatti, vengono raccolti i primi tre itinerari. Attraverso piacevoli passeggiate, targhe ed epigrafi consentono di ricordare personaggi che hanno dimorato in certi luoghi, avvenimenti storici, fatti urbanistici, eventi meteorologici, testimonianze che costituiscono, a tutti gli effetti, la memoria di un vissuto sociale, poetico e urbanistico che non si dovrebbe dimenticare. Cesare Mangiante, autore di tante fatiche, aspetta lettori e turisti purché siano disponibili a "rivisitare" Roma con occhi nuovi e più attenti. ■





di Marco Vestri

UNA FIABA IN FARMACIA

A partire dal prossimo dicembre, nell'ambito di un importante progetto patrocinato dalla Federazione degli Ordini dei Farmacisti, i farmacisti regaleranno ai loro piccoli clienti una fiaba illustrata dal titolo "Una storia di magia". Il progetto ha l'obiettivo di mettere in risalto il ruolo storico e sociale delle farmacie. Hanno già aderito al progetto in questione, ideato dalla società genovese Edicolors e promosso dalla Fondazione Francesco Cannavò, oltre 7000 farmacie. Gli autori del volume sono Maria Teresa Amore, farmacista e docente, e Maurizio A.C. Quarello.



INFLUENZA AVIARIA: SITUAZIONE MONDIALE

I responsabili Onu per l'influenza aviaria affermano che la situazione mondiale risulta ancora abbastanza critica pur registrandosi un lieve miglioramento. Africa e Sud est asiatico, infatti, continuano ad essere luoghi molto pericolosi ed in prospettiva futura, nel prossimo decennio, potrebbero essere forieri di una pandemia. David Nabarro, coordinatore della task force anti influenza aviaria organizzata dalle Nazioni Unite, ha affermato: "Il problema è rilevare il quando e il come e non se la pandemia si manifesterà prima o poi. I prossimi 5 - 10 anni sono da considerarsi ancora molto critici".

MUSICA CLASSICA ALL'OSPEDALE

In questi giorni all'interno dell'Ospedale San Martino di Genova ha preso il via una nuova importante iniziativa: "Musica in corsia". Fino a giugno 2007, infatti, tutti i giovedì pomeriggio, nei diversi reparti del nosocomio genovese, ci sarà un'esibizione di giovani musicisti che avrà la durata di circa trenta minuti e si svolgerà durante l'orario di visita. Si prevedono 32 concerti. L'evento è patrocinato dal contributo della Regione Liguria, dalla Fondazione Carige e dal "Teatro del suono".



AUTOMI AL LAVORO

Un nuovo sistema rivoluzionario, pensato specificatamente per l'utilizzo in ambienti ospedalieri, è stato messo a punto dal colosso dell'elettronica giapponese Matsushita. È stato, infatti, presentato alla stampa il primo robot al mondo capace di lavorare, senza disguidi, insieme ad altri suoi simili. I nuovi automi sono già in uso presso il laboratorio di analisi "Bml Inc." ed hanno il compito di trasportare campioni di sangue all'interno degli stessi laboratori. Ogni robot usufruisce di una batteria della durata di circa 7 ore continuative per poi essere immediatamente ricaricato. Gli specialisti del settore nutrono una fiducia incondizionata in questa nuova tecnologia foriera di ulteriori importanti sviluppi.



DONARE IL SANGUE FA BENE

In Italia ci sono più di un milione e mezzo di donatori di sangue: è quanto emerge dalla campagna Avis di sensibilizzazione alla donazione dal titolo "Grazie, prego". Il problema, però, è che questo numero di donatori non è sufficiente per coprire le esigenze del nostro Paese che avrebbe bisogno di 100mila donatori in più. Singolare è l'aumento di donatori extracomunitari mentre l'identikit del donatore italiano medio corrisponde a quello di un maschio, del centro-nord, età compresa fra 40 e 50 anni. Il ministro della Salute Livia Turco ha affermato: "In un tempo in cui prevale una logica individualista, incrementare, attraverso un gesto concreto come la donazione del sangue, un'etica pubblica basata sulla reciprocità e il concetto di altro è molto importante".

Parlare inglese vuol dire futuro?

La globalizzazione evidenzia l'esigenza di una lingua che sia comune a tutti. È l'inglese la risposta a questo problema? Ripercorriamo brevemente la sua storia ed evoluzione

di Maurizio Zomparelli (*)

La globalizzazione sta condizionando il tessuto profondo culturale oltre che socioeconomico delle varie etnie che coinvolge.

Uno degli elementi che ha subito di più la sua influenza è sicuramente il linguaggio. Da tempo, infatti, è certamente l'inglese a rappresentare la lingua ufficiale internazionale, senza dubbio la più conosciuta anche se è solo la seconda più parlata nel mondo.

Ma quali sono le sue origini? Rappresenta la soluzione al modo di comunicare per i popoli della terra? Vedremo se è veramente così. L'inglese antico era quello in possesso delle tribù germaniche. Detto protogermanico, è risalente a circa tremila anni fa, quando si è sviluppato sulle rive dell'Elba. Successivamente, a causa degli spostamenti delle tribù, si divise nel germanico dell'est da cui derivò il gotico; germanico del nord da cui derivò il danese, norvegese ed islandese; germanico del sud, che subì più degli altri l'influenza del latino, e da cui si formò il vallesse ed, infine, il germanico dell'ovest da cui derivò il moderno tedesco ed inglese.

Con le invasioni dell'isola britannica, i quattro dialetti parlati dagli indigeni subirono una sostanziale evoluzione con una progressiva contaminazione a seconda degli invasori. Un esempio fu quello dei vichinghi che portarono nuovi si-

gnificati alle parole, per esempio *dream* divenne sogno al posto di felicità. Un contributo radicale fu portato dai normanni, Guglielmo il conquistatore invase l'Inghilterra nel 1066 e con il suo popolo portò terminologie di chiara influenza latina, germanica e soprattutto francese.

Da allora in poi ci fu una chiara separazione tra l'inglese dei nobili e quello popolare, infatti le classi nobiliari utilizzavano termini sempre più vicini ai cugini francesi, mentre quelle dei poveri continuavano con il vecchio dialetto.

Il colonialismo determinò l'influenza di altre lingue sull'inglese

Con la fine dell'impero Normanno e dopo la grave pestilenza del 1349-1350, l'inglese subì un'ulteriore modifica, derivante dall'adozione da parte dei nobili di un "inglese misto" (*middle english*). Nel 1362 la differenza tra la lingua parlata dai nobili e quella popolare si era notevolmente assottigliata e, nello stesso anno, con lo Statuto di Pleading si riconobbe definitivamente l'inglese come lingua ufficiale della corte. Con l'inglese moderno, che si impiegò a partire dal 1500, cambiò la pronuncia delle parole, così *lif*, pronunciata *leef* divenne *li-*

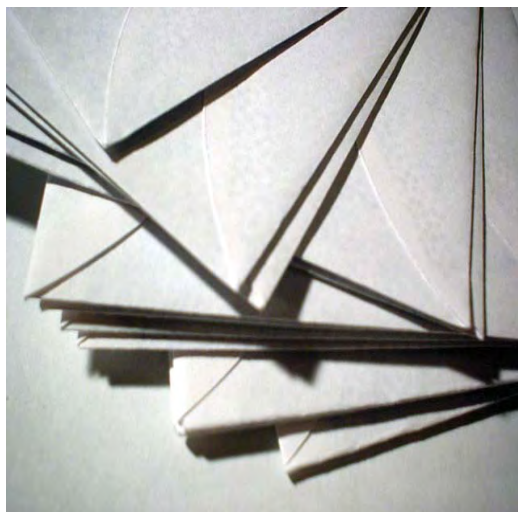
fe, *feef* divenne *five*, *doon* divenne *down*.

Finalmente nel 1604 fu pubblicato il primo dizionario inglese, anche perché sia la stampa che la letteratura adottarono l'inglese del dialetto londinese al posto del latino.

La rivoluzione industriale e l'innovazione tecnologica resero necessario il ricorso a nuove parole la cui origine rivela una chiara matrice greca e latina: *nuclear* (nucleare), *oxigen* (ossigeno), e così via. Con l'espansione dell'impero britannico ed il colonialismo anche altre lingue contribuirono alla formazione dell'inglese: l'indiano, il giapponese, il finlandese. La diffusione della lingua inglese, grazie all'impero e agli scambi commerciali, portò queste stesse lingue ad influenzare quelle di altri Paesi: basti pensare all'indiano *pajamas* che in Italia è divenuto *pijama*.

Possiamo definitivamente affermare che l'inglese moderno è senza dubbio l'inglese di tutti. La storia ci ha tramandato, attraverso le sue contaminazioni tra i popoli, un linguaggio di rapida interpretazione, frutto della conoscenza e dell'influenza di tante civiltà molto diverse tra loro, in grado di comunicare in modo semplice, rapido e diretto, come esige il mondo del futuro. ■

(*) Società medica italiana di psicoterapia ed ipnosi
maurizio.zomparelli@libero.it



DIVERSI QUESITI DA PROPORRE

Caro Presidente,
ho iniziato l'attività come medico condotto e, contemporaneamente, come convenzionato che continuo tutt'oggi.

Sto pagando il riscatto degli anni di laurea ed ho completato l'iter della ricongiunzione ai sensi della legge 45/90.

Cio' premesso e garantita la regolare estinzione dell'onere a titolo di riscatto del corso degli studi universitari, nonché il permanere delle normative previdenziali di riferimento, ti sarei grato per le risposte ai seguenti quesiti:

1. Se i dati fin qui forniti risultano tali anche presso l'Enpam e a quanto ammontano i contributi versati;
2. La mia pensione e il suo ammontare, valutando anche l'ipotesi della conversione in capitale del 15% maturato:
al compimento del 65° anno di età;
al compimento del 70° anno di età.

(lettera firmata)

*Caro collega,
preliminarmente ti informo che presso il Fondo Medici di Medicina Generale risultano accreditati a tuo nome contributi, a decorrere dal mese di marzo 1979, per un importo pari ad € 148.318,26=, sulla base dei quali gli Uffici hanno provveduto a calcolare le richieste proiezioni pensionistiche.*

Ipotizzando la cessazione dello svolgimento dell'attività convenzionata al compimento del 58° anno di età, quando, grazie all'effettuazione dell'operazione di riscatto avrai maturato l'anzianità contributiva necessaria ad accedere al trattamento di quiescenza, la rendita pensionistica che la Fondazione erogherebbe in tuo favore sarebbe pari a circa

€ 2.550,00 lordi mensili. Qualora decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, percepiresti una indennità, al lordo delle ritenute fiscali, pari a circa € 71.000,00 e una pensione lorda mensile, di circa € 2.150,00.

Nel caso decidessi di proseguire l'esercizio della medicina generale fino al compimento del 65° anno di età, percepiresti una pensione lorda mensile, pari a circa € 3.900,00. Qualora optassi per l'indennità in capitale, la stessa ammonterebbe a circa € 86.000,00 lordi e la pensione, al lordo delle ritenute fiscali, sarebbe pari a circa € 3.300,00 mensili.

Se scegliessi, invece, di rinviare il conseguimento del trattamento di quiescenza fino al compimento del 70° anno di età, la rendita pensionistica che la Fondazione erogherebbe in Tuo favore sarebbe pari a circa € 4.800,00 lordi mensili. In caso di trattamento misto, l'indennità in capitale ammonterebbe a circa € 88.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e il trattamento pensionistico, lordo mensile, sarebbe pari a circa € 4.100,00.

Eolo Parodi



HO FATTO RICHIESTA PER IL RISCATTO

Caro Presidente,
ti scrivo per avere, se possibile, risposta ad alcuni quesiti.

A novembre 2005 ho fatto richiesta per il riscatto degli anni di laurea ed ho provveduto a versare un acconto nel mese di dicembre. Per motivi personali vorrei lasciare la convenzione a gennaio 2007 e passare alla libera professione come consulente scientifico per una azienda di servizi e vorrei dunque sapere:

1. I contributi relativi ai compensi libero-professionali, dal 2007, vanno versati sulla quota B mensilmente oppure annualmente?
2. Sarà possibile per me andare in pensione a 58 anni di età con 35 anni di contribuzione (di cui 28 come Medico Convenzionato, 2 con riscatto di laurea e 5 con attività libero-professionale)?
3. I contributi in Quota B verranno conteggiati per la pensione a 58 anni? Oppure verranno conteggiati per la pensione a 65 anni?
4. Quando dovrò presentare la domanda e quando effettivamente percepirò la pensione?
5. A quanto ammonterebbe la mia pensione a 58 anni pagando il riscatto di 2 anni di laurea? E se pagassi 6 anni?

6. Quale penalizzazione avrei con l'anticipo a 58 anni della pensione?

7. Se decidessi di andare in pensione a 60 anni, quale vantaggio economico avrei?

Fiduciosa in una tua puntuale, sollecita ed esaustiva risposta.

(lettera firmata)

Gentile Collega,

i contributi obbligatori derivanti dall'esercizio della libera professione devono essere versati annualmente nella misura quantificata dalla Fondazione a seguito dell'invio, da parte degli iscritti, del Modello D riportante i redditi percepiti a tale titolo.

Da un controllo della tua posizione previdenziale presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale, risulta che, allo stato attuale, hai maturato 27 anni di anzianità contributiva. Aggiungendo a tale anzianità, oltre a quella derivante dal riscatto di almeno 3 anni del corso di laurea, anche quella non coincidente che, presumibilmente, maturerai presso il Fondo della Libera Professione – "Quota B" del Fondo Generale, raggiungerai i 35 anni richiesti per accedere alla pensione di anzianità nel 2011, al compimento del 58° anno di età, avendo maturato i 30 anni di laurea nel 2008.

A tale data avrai diritto ad un trattamento pensionistico, calcolato sulla base della sola contribuzione maturata presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale, pari a circa € 1.800,00 lordi mensili. Infatti, i contributi di Quota B, pur aiutandoti a maturare temporalmente il diritto per la quiescenza di anzianità presso i Fondi Speciali Enpam (tra i quali rientra il Fondo Generici cui sei iscritta), non vengono considerati ai fini del quantum del trattamento a carico di tale gestione; essi daranno diritto ad un'autonoma prestazione pensionistica di vecchiaia a 65 anni.

Inoltre, qualora decidessi di riscattare tutto il corso legale di laurea (6 anni), non potresti abbreviare ulteriormente l'accesso alla pensione, ma otterresti una maggiorazione della prestazione a carico del Fondo dei Medici di Medicina Generale. L'importo della prestazione, ivi compresa la predetta maggiorazione, sarebbe quantificabile in circa € 2.000,00 lordi mensili. Ti faccio presente che sulla pensione di anzianità viene applicato un coefficiente di riduzione, determinato in base all'età di accesso al trattamento, rispetto a quella di vecchiaia a 65. Senza il beneficio del riscatto, la pensione di vecchiaia sarebbe pari a circa € 1.900,00 lordi mensili, mentre, con il riscatto di 6 anni, sarebbe quantificabile in circa € 2.500,00 lordi mensili.

A prescindere dal riscatto potresti, comunque, usufruire della prestazione di anzianità all'età di 61 anni (nel 2014), con un rateo mensile lordo di circa € 1.700,00.

Ti informo, infine, che, ai sensi delle norme regolamentari dei Fondi di Previdenza Enpam, i trattamenti previdenziali decorrono, dietro presentazione del-

la relativa domanda, dal mese successivo a quello del raggiungimento dei requisiti previsti.

Corre l'obbligo precisare, infine, che eventuali modificazioni della normativa generale di riferimento, o del vigente regime delle prestazioni dei Fondi gestiti, potrebbero determinare variazione sia della decorrenza del trattamento previdenziale che degli importi sopra indicati. È pertanto necessario procedere, prima della cessazione del rapporto in convenzione, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente all'erogazione della pensione. Rimanendo a disposizione per ulteriori chiarimenti, ti invio cordiali saluti.

E.P.



QUANDO ANDRÒ IN PENSIONE ?

Egregio Presidente, avendo riscattato i sei anni di laurea ed avendo ricongiunto sedici mesi di servizio ospedaliero, al compimento dei 58 anni avrò maturato 36 anni e 5 mesi di contribuzione.

Vorrei sapere quando esattamente potrò andare in pensione e quanto mi verrà corrisposto.

Vorrei anche sapere quanto mi verrebbe corrisposto qualora decidessi di andare in pensione a 65 anni.

In attesa di una cortese risposta, porgo distinti saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,

in riferimento alle richieste informazioni ti rappresento che sulla base della contribuzione maturata presso il Fondo dei medici di Medicina generale, del riscatto degli anni di laurea effettuato e della ricongiunzione al Fondo dei periodi maturati presso l'Inpdap, potresti accedere al pensionamento di anzianità nel 2008 (a 58 anni di età) ed avresti diritto ad un rateo mensile pari a circa € 2.200,00 lordi.

Invece, proseguendo l'attività in convenzione fino al compimento del 65° anno di età l'importo della prestazione di vecchiaia cui avresti diritto a quella data sarebbe pari a circa € 3.140,00 mensili lordi.

Corre l'obbligo precisare, infine, che eventuali modificazioni della normativa generale di riferimento, o del vigente regime delle prestazioni dei Fondi gestiti, potrebbero determinare variazione sia della decorrenza del trattamento previdenziale che degli importi sopra indicati. È pertanto necessario procedere, prima della cessazione del rapporto in convenzione, ad una ulteriore verifica presso il servizio competente all'erogazione della pensione.

Ti saluto cordialmente.

E.P.



Chi ha diritto a ricorrere?

DANNO DA MANCATA INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

a cura dell'Avv. Pasquale Dui ()*

Il risarcimento non consegue automaticamente la mancata informazione di una malformazione del feto, ma è essenziale dimostrare le ripercussioni negative sulla salute della donna. Una recente sentenza della Corte di Cassazione (Cass., sez. III, 16123/2006)

In caso di omessa informazione, qualora i genitori sostengano che avrebbero preferito abortire piuttosto che far nascere il figlio con malformazioni, è possibile configurare un danno consistente nella nascita indesiderata? In altre parole: è ipotizzabile un "diritto a non nascere se non sano"? Quali soggetti, oltre alla madre, sono eventualmente titolari del diritto al risarcimento del danno?

Una recente sentenza della Corte di Cassazione (Cass., sez. III, 16123/2006) considera il caso di un medico che, dopo aver effettuato un esame ecografico, non comunica ai genitori, per negligenza, che il feto presenta una malformazione e si dimentica di annotare il risultato sulla cartella clinica.

Al momento della nascita i genitori, in proprio e quali legali rappresentanti della sorella del bimbo appena nato, fanno causa alla USL e al medico stesso chiedendo il risarcimento del danno.

Cominciando dal primo quesito, qualora il medico ometta di informare la donna che il feto ha delle malformazioni, è responsabile nei confronti dei genitori, in solido con la USL.

Va detto, però, che non è ammissibile il risarcimento del danno, quando si pretenda di far valere il diritto a non nascere, in altre parole non si può chiedere il risarcimento del danno per la nascita indesiderata, assumendo che, nell'ipotesi in cui l'informazione fosse stata corretta, la coppia avrebbe preferito abortire.

Il nostro ordinamento tutela, infatti, il diritto alla vita, ma non il diritto a non nascere ovvero a sopprimere una vita, sia pure in embrione. Per giungere alla predetta conclusione occorre ricordare che l'art. 2043 cod. civ., mediante l'istituto dell'ingiustizia del danno, pur introducendo un sistema di illecito potenzialmente aperto, deve comunque sempre essere interpretato alla luce del sistema giuridico nel suo complesso.

Ora, se è vero che la legge sull'aborto permette in determinate condizioni di sopprimere il feto, ciò non significa che possa ricavarsi un generale diritto a non nascere.

In realtà la legge dispone determinate e precise condizioni che devono sussistere per l'interruzione di gravidanza, il bene tutelato, però, non è quello alla vita, ma il diritto alla salute della donna.

Si può, infatti, interrompere la gravidanza per le malformazioni del feto, ai sensi degli articoli 4 e 6 della legge 194/1978, ma solo se tali malformazioni abbiano gravi ripercussioni sulla salute della madre. Di conseguenza, nel momento in cui il bambino nasce anche i genitori, qualora ritengano di essere stati lesi, non possono richiedere il risarcimento del danno per la nascita indesiderata, perché trattasi di una lesione non risarcibile, secondo i principi del nostro ordinamento.

In caso di omessa informazione si può chiedere il risarcimento del danno per mancata interruzione della gravidanza, ma solo nell'ipotesi in cui il ricorrente riesca a provare la sussistenza delle condizioni previste dalla legge e il risarcimento non può conseguire automaticamente alla mancata informazione: deve essere specificamente provato che tale omessa informazione abbia avuto ripercussioni negative sulla salute della donna.

In conclusione, in caso di mancata informazione i ricorrenti possono chiedere il risarcimento dei soli danni dimostrati connessi alla mancata informazione e non anche il danno che si ritiene connesso alla nascita indesiderata. Chi sono, però, questi ricorrenti? Senz'altro il padre che, come ha avuto modo di stabilire altre volte la Cassazione, è titolare di un'obbligazione nascente da un rapporto contrattuale di fatto.

Non vi rientra, invece, la sorella del minore per vari motivi, quanto al danno da nascita indesiderata, perché il danno di cui questa ha risentito non è individuato né provato; per quanto riguarda il danno da omessa informazione, invece, perché ella non è titolare del diritto all'informazione così come non lo è il figlio nato con delle malformazioni, perché al momento del verificarsi dell'evento non ne era ancora titolare.

(*) del Foro di Milano

L'ordinamento tutela il diritto alla vita e non il diritto a non nascere

Spulciando qua e là

di Franziska Steno



Rudolstadt-Germania

"Alla prossima svoltare a destra e quindi..." ritrovarsi dentro un vespasiano. È lo strano incidente accaduto ad un automobilista tedesco che anziché fidarsi dei propri occhi ha dato ciecamente retta al suo navigatore satellitare di ultima generazione. Peccato che il potente computer non fosse a conoscenza di una serie di lavori in corso a Rudolstadt facendo finire il suo proprietario nel cantiere edile. Il ligio automobilista tedesco ha eseguito l'ordine "svolta a destra adesso" datogli dal suo sistema di navigazione satellitare e si è schiantato contro un gabinetto mobile situato al lato della carreggiata, una trentina di metri prima della strada che avrebbe dovuto imboccare. Obbedendo al Gps l'automobilista di Friburgo è uscito di strada con il suo Suv, attraversando il terreno di un cantiere e percorrendo una scala prima di colpire l'obiettivo finale. Risultato: 2000 euro di danni alla rampa e alla toilette, 100 di danni al Suv e una multa di 35 euro. A rendere pubblica la notizia, non senza sogghignare, è stata la polizia di Rudolstadt, la cittadina dell'est della Germania dove è accaduto l'incidente.

Anche il progresso, diventato vecchio e saggio, votò contro.

Ennio Flaiano – "La saggezza di Pickwick"



Sydney-Australia

Doveva arrivare a Perth a tutti i costi. Quando gli si è rotto il cambio, non ha avuto esitazioni: la retromarcia funzionava ancora e ha deciso di farsi i 500 km mancanti procedendo all'indietro nel deserto. Ma il viaggio di un giovane australiano si è concluso dopo una ventina di chilometri, quando è stato fermato da alcuni stupefatti agenti della polizia. L'auto andava a 60 km all'ora.

Ai poliziotti ha candidamente spiegato di essere diretto a Perth e di avere comunque prudentemente ridotto la velocità perché in retromarcia a 80 km l'ora la sua Ford del 1988 tendeva pericolosamente a sbandare. Il giovane è stato immediatamente sottoposto al test del palloncino ma non è risultato ubriaco. Nessuno ha avuto il coraggio di definirlo pazzo.

I folli si precipitano là dove gli angeli non oserebbero posare il piede.

Alexander Pope – "Saggio sulla critica"



Oxford Gran Bretagna

La selezione per entrare nei più prestigiosi college inglesi è notoriamente severa.

Ma non sempre per accedere ai corsi delle università di Oxford e Cambridge sono sufficienti una buona formazione umanistica o scientifica. Al candidato può essere chiesto quanto vale una teiera, come funziona una permanente oppure se si sente "figo".

Jessica Elsom, della Oxbridge Applications, il dipartimento che cura la selezione dei candidati negli atenei delle due cittadine universitarie, ha ammesso che i colloqui sono "notoriamente eccentrici", dal momento che le università cercano di individuare i più brillanti tra i diplomati a pieni voti. "I colloqui sono un modo per scoprire chi risponde alle aspettative", ha detto Elsom.

A medicina i selezionatori vogliono sapere, e non poteva essere altrimenti, "in che momento una persona si definisce morta". Si chiede di tutto: "Che percentuale delle riserve idriche mondiali è contenuta in una mucca?". La scrematura dei due atenei inglesi evidentemente dà i suoi buoni frutti se, per la classifica delle università del mondo pubblicata di recente dal "Times", Cambridge è al secondo posto, dopo l'americana Harvard, seguita a ruota da Oxford.

Gli esami sono terribili anche per i meglio preparati, perché il più stupido fra gli stupidi può fare domande a cui il più saggio tra gli uomini non è in grado di rispondere.

Charles Colton – "Lacon"



Atlanta-Stati Uniti

Attenzione a rovinare il Natale in famiglia. Negli Stati Uniti un uomo che durante le feste dell'anno scorso litigò con la moglie davanti ai loro due bambini è stato condannato da un giudice. Ora dovrà offrire il cenone del Natale prossimo a moglie e figli (che nel frattempo lo hanno mollato) in uno dei ristoranti più costosi di Atlanta, la città dove vive. Il giudice ha anche condannato l'uomo a 12 mesi di carcere.

Al momento la pena è stata sospesa. Prima di andare in carcere il papà dovrà frequentare un corso per imparare a mantenere la calma. Resta però l'invito a cena. Dovrà infatti presentare alla corte, entro il 5 gennaio, la ricevuta del cenone, che potrà costargli anche 300 dollari. Nessun ricorso in appello. La condanna multipla è stata accettata, sperando che il prossimo Natale l'uomo sia diventato migliore.

Il castigo meritato è una fiaccola che illumina e un balsamo che risana.

Giovanni Faldella – "Il male dell'arte"

È morto Trecca "medico condotto"

Il 3 novembre si è spento Pasquale Trecca, uno dei padri e, soprattutto, uno dei maestri del sindacalismo medico italiano. Il Sindacato italiano dei medici del Territorio nel ricordare gli alti meriti di Trecca in difesa della classe medica, ha sottolineato che lo scomparso era orgoglioso di definirsi "medico condotto", memore di una massima passata alla storia: "Arte più misera, arte più rotta non c'è del medico, che va in condotta". Il "Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri" partecipa al lutto della famiglia nel ricordo di un medico che ha preso parte, in prima linea, alle lotte per migliorare la politica sanitaria italiana

Un nostro lutto Gino Filaferro non guida più

Gino Filaferro ha alzato le mani dal volante. Con la solita eleganza è sceso dall'auto e si è avviato silenziosamente verso l'aldilà. L'avevamo soprannominato: "Un friulano al volante". Da poco meno di quarant'anni era l'autista del Presidente Parodi. Con "il capo" al fianco, ha percorso, in questo lungo periodo, centinaia di migliaia di chilometri da un punto all'altro della Penisola. Conosceva tutti, tutti lo conoscevano.

Gino (non solo per gli amici) guidava in silenzio, l'occhio vigile, le mani ferme. Andava un po' troppo veloce come avesse sempre fretta. Oggi comprendiamo perché. Quando il presidente gli toccava il braccio, perché rallentasse, lui sorrideva con quel sorriso che noi ricorderemo. Veniva dal Friuli e dei friulani aveva il carattere schietto e leale che gli hanno riconosciuto i tantissimi amici commossi che sono andati a salutarlo, in una chiesa romana, mentre partiva per il suo ultimo viaggio. Ciao Gino, oggi ci sentiamo un po' più soli. Ai familiari le nostre condoglianze.

ORGANI COLLEGIALI

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

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

COMITATO ESECUTIVO

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

COLLEGIO SINDACALE

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

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

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

PERIODICO INFORMATIVO DELLA FONDAZIONE ENPAM

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 4592111 - Fax 051 4592120
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 VIII - N. 10 DEL 23/11/2006
COPIE 420mila

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 Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260
email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513 - Fax 06 48294260/793
email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno: tel. 06 48294890
email: archivio.giornale@enpam.it