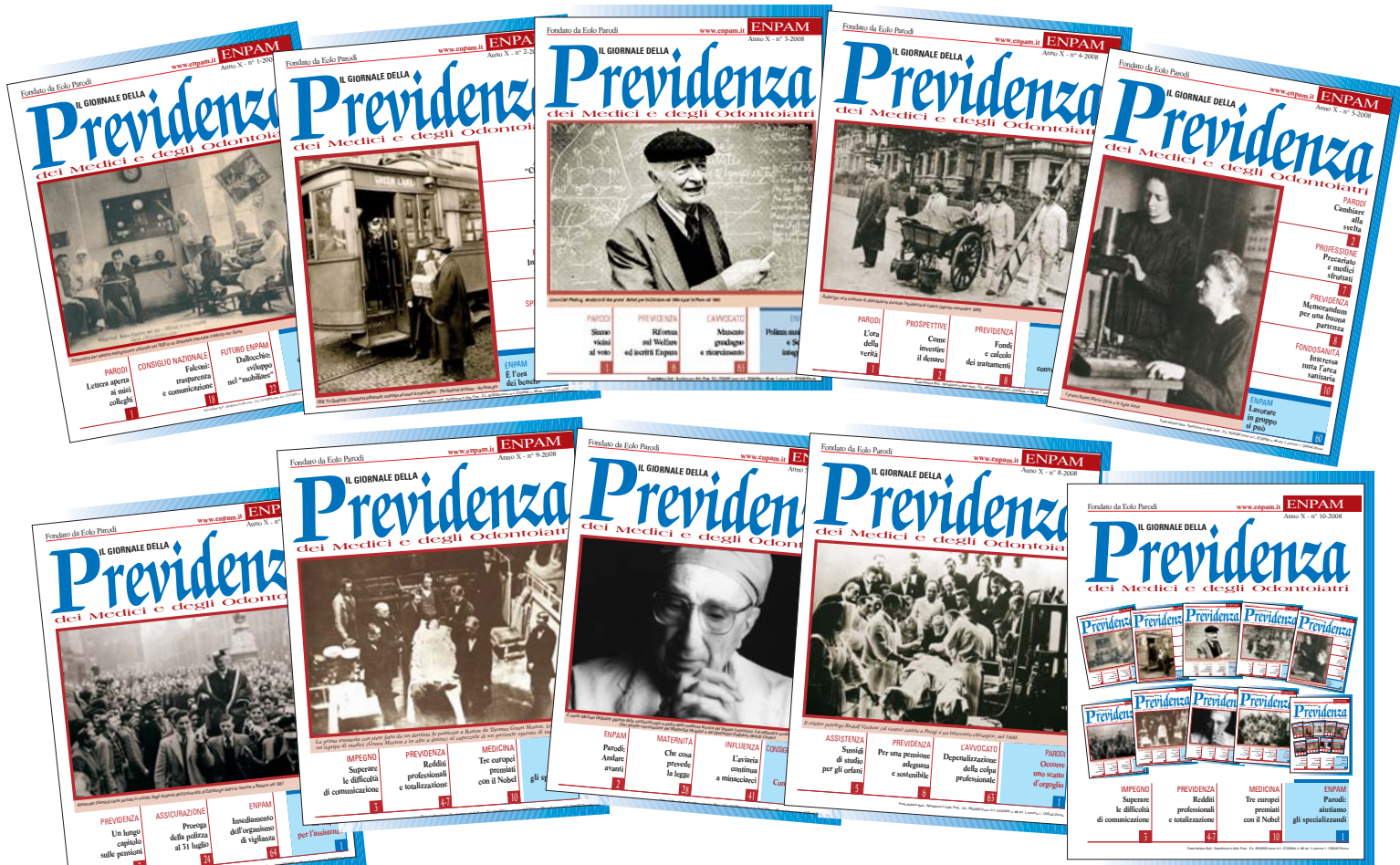


IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri



FEDERSPEV
La lunga
attesa
dei pensionati

3

PREVIDENZA
Il punto
su riscatti
e ricongiunzione

6

INFLUENZA
Summit
di specialisti
all'Enpam

22

PARODI
Nonostante
tutto
auguri

1

IL GIORNALE DELLA
Previdenza
dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

- 1** Nonostante tutto auguri
- 2** Sanità: noi e gli altri
- 3** L'attesa dei pensionati
- 4-5** Le "cose buone" dell'Enpam
- 6-7** Previdenza: riscatti e ricongiunzioni
- 8** Medici amministratori locali
- 9** Specializzandi e contribuzione
- 10-11** L'intervista: bambini e malattie rare
- 12-13** Rapporto Oms 2008
- 14-15** Donne medico e maternità
- 16-17** Prostata: il punto sulla prevenzione
- 18-19** Chirurgo, paziente e medico legale
- 20-21** La scoperta dell'Hiv
- 22-23** Influenza stagionale
- 24-25** Parliamo di Spinometria
- 26** Da Bruxelles il Manifesto dei pazienti
- 27** Accadde a... Dicembre
- 28-29** Melania Rizzoli racconta se stessa
- 30-31** Il personaggio: Cesare Lanza

- 32-37** Congressi, convegni, corsi
- 38-39** I segni lasciati dalle violenze
- 40-41** Disoccupato a cinquant'anni
- 42-43** Opera d'arte da "capogiro"
- 44-47** Recensioni libri
- 48-49** Vita degli Ordini
- 50-51** FondoSanità
- 52** Cinema, le sessantenni alla riscossa
- 53** Musica, i 100 anni del Santa Cecilia
- 54** Mostre in Italia
- 55** L'esposizione di Arnaldo Pomodoro
- 56** L' "albero della vita"
- 57** Pur di piantare un fiore
- 58-59** Viaggi: la Malesia
- 60-61** Lettere al Presidente
- 62** Filatelia
- 63** L'avvocato
- 64** Borsa di studio "Maria Bonino"



*La Redazione augura
a tutti i lettori Buon Natale
e Felice Anno Nuovo*

Il primo numero del 2009
uscirà alla fine del mese di gennaio



Nonostante tutto, auguri

di Eolo Parodi

E tradizione, una bella tradizione, che ogni anno mandi gli auguri a tutti voi, alle vostre famiglie e, particolarmente, a coloro che soffrono non solo la malattia, ma spesso l'indigenza. Un saluto particolare anche ai nostri pensionati, agli anziani ed ai giovani che sono il futuro di tutti noi. Stiamo lavorando per andare incontro alle diverse necessità ed aspettative laddove le leggi e gli organi di tutela lo consentiranno.

Viviamo tempi difficili. Siamo preoccupati per l'oggi e per il domani. Nonostante ciò io continuo a chiedere a tutti voi uno scatto d'orgoglio. Sono anni che dirigo il nostro Ente di previdenza e, come avviene ogni fine d'anno, mi soffermo a riflettere su quanto abbiamo realizzato in favore della categoria. Con orgoglio, lo ribadisco. Non solo per i bilanci, quanto per l'immagine di efficienza e modernità creata in questi anni di attività. Coerente con un'idea di professione medica che vive, essenzialmente, di preparazione, credibilità ed onestà. Concetti che devono far parte del codice genetico di ogni medico, per guidarlo nella carriera e nelle stagioni della sua vita.

So che ci sono tanti "mugugni", a volte giusti, spesso, però, da parte di chi non conosce le cose stesse dell'Enpam. Dico a tutti

voi: se potete dateci più fiducia, noi ce la mettiamo veramente tutta. Ecco perché con tanto affetto vorrei abbracciare e ringraziare ognuno di voi. Ho una lunga esperienza che mi consente di riflettere: in una società così triste, così spaventata e che non crede più in nessuno ed in nulla, penso che un po' di tenerezza, offerta con umiltà, possa essere una luce che rischiarerà le tenebre. Per questi motivi c'è bisogno di coesione tra di noi, perciò insieme agli auguri, nello spirito della continuità che ci ha permesso di crescere costantemente, auspico che si possa procedere e lavorare per il bene comune.

Con i componenti del Consiglio di amministrazione, unitamente a tutti i dipendenti Enpam vi invio un messaggio di serenità per oggi e per l'avvenire. Tutto questo lo dico con la sincerità che mi è abituale. Lo dico commuovendomi. Non è colpa dell'età: è il bene che vi voglio. •





di Mario Falconi (*)

Siamo stati abituati da sempre a pensare di vivere, pur in periodi di grande difficoltà, in un meraviglioso Paese che, per storia, tradizione e cultura, tutto il mondo ci invidia.

Siamo stati anche capaci, pochi decenni orsono, di risorgere dalle ceneri di una guerra mondiale persa portando in breve tempo l'Italia nel novero dei Paesi più avanzati e sviluppati.

L'orgoglio, la capacità, l'intelligenza e l'amore per la nostra Italia ci hanno fatto arrivare a livelli di benessere e di conquiste sociali insperati, ma ora stiamo rischiando una caduta verticale rovinosa al punto che moltissimi nostri giovani cittadini ritengono di non poter programmare un futuro dignitoso nella terra natia.

Quanto ancora potremo e dovremo sopportare di vedere il nostro Paese arrancare, arretrare soprattutto in delicati settori della vita sociale quali la scuola, la giustizia, la sanità, eccetera?

La sanità è un esempio emblematico del nostro progressivo degrado. Sempre più vicino è il rischio che "qualcuno" pensi di gettare la spugna e dichiarare definitivamente insostenibile econo-

micamente il servizio sanitario nazionale.

In uno scenario di tal genere anche il nostro Ente previdenziale potrebbe essere danneggiato, vanificati anni di proficuo lavoro nei quali, grazie all'impegno di molti consiglieri di amministrazione e di uomini dell'apparato amministrativo guidati da Eolo Parodi, la Fondazione Enpam è divenuta una grande realtà che molte professioni non mediche ci invidiano e che "alcuni" guardano con occhi "concupiscenti".

Siamo in "zona cesarini", ma, fortunatamente, riteniamo che sia ancora possibile, con uno scatto d'orgoglio da parte di tutti, invertire la rotta. Stranamente, ma non troppo, siamo vittime di una "sindrome schizofrenica" per la quale da una parte molto spesso ci facciamo contagiare da modelli d'oltre oceano e in particolare degli USA, ma dall'altra, per quanto riguarda la sanità, non teniamo in nessuna considerazione l'illuminante lezione americana.

Non è più un mistero che personaggi autorevoli della vita politica italiana stiano ipotizzando il ricorso a fondi privati a cominciare dal "projet financing" per passare poi ad appalti esterni per attività anche mediche, sino ad arrivare a pagare l'assistenza sanitaria con assicurazioni private. Esattamente quello che hanno fatto ne-

Sanità: noi e gli altri

gli Stati Uniti, iniziando molti decenni fa, per arrivare a spendere attualmente il 14 % del Pil, con 40 milioni di americani non assicurati in maniera completa e 50 milioni, di cui 9 milioni di bambini, senza alcuna copertura. Non credo possa destare meraviglia il fatto che anche molte migliaia di medici americani stiano chiedendo un modello di sanità molto simile al nostro, con assicurazione governativa per tutti e di rimettere al centro del sistema l'interesse del cittadino malato e non quello delle assicurazioni o delle industrie farmaceutiche.

Le recenti affermazioni di Barack Obama potrebbero dar ragione ai nostri colleghi d'oltralpe. La nostra spesa sanitaria è tra le più basse dei Paesi industrializzati, con risultati complessivi nella tutela della salute che solo i sistemi solidali riescono a conseguire. Perché dovremmo cambiare percorrendo strade che sono state fallimentari in altri Paesi e non piuttosto correggere i difetti, che pur esistono, del nostro sistema sanitario?

Tutti i sistemi complessi, quale ad esempio l'organizzazione sanitaria di una nazione, hanno bisogno di essere governati con appropriatezza e soprattutto rimodulati razionalmente in itinere soprattutto per adeguare efficacemente l'offerta ad una domanda che muta nel tempo.

L'invecchiamento della popolazione ne è un esempio emblematico, al punto che oggi, lungi dall'essere un risultato importante di efficacia del sistema di cui essere orgogliosi, si sta trasformando, in assenza di decisioni appropriate, in un elemento di forte destabilizzazione.

Siamo assolutamente convinti che un governo della sanità pubblica possa far risparmiare molti miliardi di euro da reinvestire in maniera appropriata nel sistema. Rinnoviamo l'appello al valore della Responsabilità che tutti dobbiamo mettere in campo, a partire dai governanti ai vari livelli istituzionali. La Politica può e deve essere l'architetto dell'intero sistema e non certo il gestore. La meritocrazia può e deve essere l'unico elemento da valorizzare e premiare. L'informazione da parte di qualsiasi media può e deve essere corretta e non privilegiare il sensazionalismo e lo scandalismo; in tal senso reiteriamo la richiesta di una Authority indipendente che vigili sull'intero sistema e a cui si possano rivolgere i cittadini ma anche i medici. Molte altre potrebbero essere le terapie, semplici e possibili, da praticare per un sistema pur malato, ma assolutamente valido e integro nella sua intelaiatura. In ogni caso la priorità assoluta è un diverso e corretto modo di operare della politica e dei media, rimettendo contestualmente al centro della agenda riformatrice una piccola grande parola: Meritocrazia. •

(*) Vice presidente vicario Enpam

di Eumenio Miscetti (*)

Il fronte "pensioni" presenta molti aspetti delicati e complessi. I nostri politici, purtroppo, continuano a considerarne uno solo: quello dell'età.

L'innalzamento dell'indice di vecchiaia è un dato incontrovertibile. Oggi un italiano su cinque conta più di 65 primavere (cifra destinata a crescere in un arco di tempo relativamente breve). La nostra prossima leadership europea come nazione più longeva del Continente è quasi certa: 88 cittadini, nel nostro Paese, hanno raggiunto in buona salute la venerabile età di 110 anni. Ma se è giusto puntare ad un equilibrio finanziario del sistema pensionistico attraverso un allungamento degli anni contributivi, è altrettanto giusto e sacrosanto farsi carico del reale potere di acquisto dei pensionati. In particolare, mi riferisco non a chi percepisce pensioni baby o sociali (prive di contributi reali) ma a coloro che hanno maturato 40 anni e più di anzianità contributiva.

Le attuali norme pensionistiche penalizzano migliaia di contribuenti Inpdap/Inps (medici ospedalieri, dirigenti pubblici, dirigenti sanitari, etc.). Le loro pensioni sono colpite due volte. Per la progressiva perdita del potere d'acquisto legata all'inflazione galoppante e perché il recupero parziale - sull'inflazione teorica e non reale - non viene attribuito, ai

La lunga attesa dei pensionati

sensi della Finanziaria 2008, a quei pensionati il cui importo mensile supera di 8 volte il minimo Inps. Si tratta di "pensioni ricche" si afferma, in maniera discutibile, per giustificare quello che è un vero e proprio "furto legalizzato"!

A chi ha la memoria corta, vorrei ricordare che, nel lontano 1992, il governo Amato decise di abolire l'aggancio automatico delle pensioni ai trattamenti economici delle relative figure lavorative. Con la promessa di periodici adeguamenti. Promessa che

neanche i governi che si sono avvicendati in questi ultimi 16 anni hanno mantenuto, con le disastrose conseguenze per i pensionati a tutti note.

Focalizzare l'attenzione su questa ed altre spinose problematiche previdenziali attraverso l'ottica di una concretezza che sia, insieme equilibrata e stimolante, è la vocazione della Federspev (Federazione nazionale sanitari pensionati e vedove), associazione nata 40 anni fa e che presiede da 20 anni. Nella società odierna, tumultuosa ed

egoista, non di rado gli anziani sono emarginati, trascurati, dimenticati, abbandonati.

Aggregarsi per difendere se stessi e il futuro dei propri familiari può essere una scelta intelligente e vantaggiosa. In sintonia con il nostro motto che recita "Non soli, ma solidali", il compito istituzionale della Federspev, che conta 16mila iscritti, è quello di tutelare gli interessi e assistere i soci e le loro famiglie, specialmente quando sono in difficoltà. Se desiderate chiamarci o a scriverci: **Federspev, via Ezio 24, 00192 Roma, tel. 06.3221087, fax 06.3224383, e-mail federspev@tiscinet.it, sito Internet www.federspev.it.**

(*) *Presidente Federspev*

ULTIM'ORA

L'ENPAM ESCE DALL'ADEPP

Il Consiglio di amministrazione della Fondazione Enpam, riunitosi in data 14 novembre 2008, ha esaminato approfonditamente l'attività svolta dall'Adepp, in particolare nell'ultimo triennio, per verificare la sussistenza dei presupposti della permanenza dell'Ente all'interno dell'Associazione degli enti previdenziali privatizzati.

Il Consiglio alla luce dell'ampia e circostanziata relazione del Presidente, prof. Eolo Parodi, ritiene all'unanimità di dover revocare l'adesione della Fondazione Enpam all'Adepp, non sussistendo le condizioni minime per il proseguimento di un percorso comune. La Fondazione Enpam non mancherà, comunque, di porre in essere il massimo impegno per ricercare con gli altri Enti previdenziali privatizzati ogni possibile convergenza al fine di

realizzare una fattiva tutela degli interessi degli iscritti ed una sostanziale unità dei professionisti italiani.

Il prof. Parodi ha così commentato la decisione del Consiglio di amministrazione: "Nel ricordare come l'Enpam sia stato tra i più convinti promotori e sostenitori dell'Adepp, oltre che uno dei soci fondatori, ho dovuto tuttavia constatare con profondo rammarico la progressiva perdita di autorevolezza e di ruolo dell'Associazione. La cui attività risulta priva della necessaria efficacia proprio in un momento, come l'attuale, assai delicato per il futuro della previdenza del nostro Paese. Con delusione ho dovuto altresì prendere atto che tutti gli sforzi intrapresi per addivenire ad un effettivo rilancio dell'Adepp sono risultati purtroppo inutili".

Bilanci e proposte, le "cose buone" dell'Enpam

di Alberto Olivetti (*)

La forte crisi dei mercati finanziari porta il risparmiatore alla ricerca più di rendimenti sicuri che elevati. Di questi tempi non è certo in Borsa il posto dove cercare i primi, men che meno i secondi, salvo ovviamente perseguire colpi di fortuna speculativi. C'è un ritorno agli intramontabili titoli di Stato, anche se, causa appunto la fuga dalla Borsa e la conseguente, scontata, corsa ai BOT, il loro sottoscrittore di questi mesi ottiene soddisfazione soltanto nella prima metà del binomio rendimento sicuro/rendimento elevato.

Ed allora mi ritornano in mente le domande che in ormai innumerevoli convegni centrati sulla previdenza medica, mi sono state rivolte a proposito della reale convenienza ad investire i propri risparmi in Enpam.

I rendimenti a termine in senso previdenziali dei contributi versati ai vari Fondi gestiti dall'Enpam oscillano dal 10% del Fondo Medicina Generale al 14% del Fondo Generale Quota B.

In pratica i sessantacinquenni pensionati ordinari recuperano nello spazio compreso tra 7 e 10 anni



quanto hanno versato nei propri Fondi, a fronte di una aspettativa di vita almeno doppia, esattamente 16 anni se maschi e 20 se femmine.

E la garanzia di un tale trattamento discende da un inalienabile diritto acquisito all'atto del versamento del contributo, quindi non modificabile da successive variazioni regolamentari di aliquote di rendimento.

Sono le "buone cose" dell'Enpam, che di solito si apprezzano meglio nei momenti di difficoltà.

Penso che più di una riflessione in materia sarebbe opportuna per i detrattori cronici della Fondazione.

L'attuale turbolenza dei mercati, peraltro, mette in notevole difficoltà l'investitore Enpam, che si fa carico già al momento dell'incasso contributivo del debito previdenziale con

gli iscritti, evitando di trasferire su questi il rischio degli investimenti.

In tempi di crisi si dice che il mattone non tradisce.

Sicuramente, per quanto ci riguarda, non tradisce le entrate fiscali dello Stato data l'ingiusta tassazione cui è sottoposta la componente immobiliare del nostro Patrimonio.

Nell'ultimo bilancio consuntivo il rendimento immobiliare (45% del totale) è passato da un lordo del 5,13% ad un netto del 1,79% causa appunto il peso dell'Ires e dell'Ici oltre all'indetraibilità dell'Iva.

Ad ogni buon conto, privilegiare gli immobili di qualità, a destinazione d'uso strettamente commerciale o, se possibile, professionale, piuttosto che abitativa, ci pare una impostazione corretta.

La componente finanziaria dell'investimento anche nel terribile 2008 darà un risultato in positivo, e questa è una bella notizia!

Ciò grazie anche al fatto che abbiamo investito molto in prodotti a capitale garantito emessi da istituzioni ad alto grado di affidabilità.

Siamo stati oggetto di critiche per questa nostra scelta, ma se analizziamo i titoli principali della Borsa con perdite anche del 50% da inizio anno, o analoghe Casse di professionisti con bilanci in rosso, siamo autorizzati a sospettare una certa strumentalità in queste critiche.

Dare una pensione adeguata a tutti i medici resta comunque l'obiettivo primario della Fondazione Enpam.

Per farlo è necessaria la solidarietà e la collaborazione tra le varie generazioni subentranti di medici.

La sostenibilità della Fondazione passa per l'equilibrio tecnico nel tempo delle prestazioni previdenziali e si fonda sulla capacità della dirigenza Enpam di far rendere al meglio i contributi incassati.

**Il 5 per mille
legato al recente
riconoscimento
dell'Ente come
onlus va destinato
alla tutela della
non autosufficienza**

Le pensioni dovranno sempre risultare proporzionate ai contributi versati

L'adeguatezza delle singole pensioni e dei singoli aiuti assistenziali scaturisce da tutto ciò, da contributi ben messi a reddito in uno scenario di proiezioni attuariali corrette. Per cui la politica degli investimenti dei contributi, al di là delle oscillazioni dei mercati finanziari, va responsabilmente mantenuta nella sua impostazione di fondo prudente e in ottica di lungo periodo con l'avversione al rischio non sostenibile, orientandosi su prodotti a capitale garantito ed accettabilmente liquidabili, diversificando in modo bilanciato tra immobili e finanza, perseguendo l'efficacia dei controlli, anche ricercando investimenti compatibili con le finalità etiche della Fondazione e comunicando efficacemente le impostazioni di fondo, in un costante riferimento alle pratiche migliori del settore.

L'equilibrio dei Fondi lo si persegue con il rigore tecnico della politica attuariale e con una attenzione estrema ai giovani contribuenti cui destinare servizi di sostegno all'inserimento ed alla qualificazione professionale.

Pleonastico ricordare la dovuta attenzione a tutte le fragilità dei componenti del sistema, dai pensionati ai contribuenti ed ai familiari superstiti. Assistenza solidale quindi, che sia accessibile, equa, fruibile e centrata sulle esigenze reali.

Il 5 per mille legato al recente riconoscimento dell'Enpam come Onlus va destinato alla tutela della non autosufficienza.

La politica non sempre ci agevola, talvolta ci tende la mano per ostacolarci – vedi lo spostamento dell'orizzonte di equilibrio dei bilanci a trenta anni disposto dalla Finanziaria 2007 -.

Ad essa dobbiamo ricordare ad alta voce che quando siamo stati privatizzati, un ingente debito previdenziale è stato trasferito dai bilanci pubblici e quindi dalla fiscalità generale a quelli delle singole Casse. Abbiamo triplicato il Patrimonio, abbiamo aumentato le riserve legali, abbiamo risolto problemi di equilibrio dei Fondi, sempre nel consenso dei rappresentati.

Chiediamo solo di poter continuare autonomamente a farlo.

Chiediamo di smettere di contribuire come collettività alle Casse dello Stato tramite la tassazione del nostro Patrimonio, chiedendo almeno l'equiparazione ai Fondi Pensione, meglio trattati fiscalmente nonostante la loro subalterità gerarchica al pilastro pubblico obbligatorio. Per l'adeguatezza delle



pensioni dovremo aumentare la contribuzione individuale, ma anche perseguire l'autonoma flessibilità contributiva nel corso della vita professionale, specie ora che sempre più la professione è destinata a declinarsi al femminile, con tutte le problematiche di riduzione contributiva causa maternità e famiglia ad essa collegate.

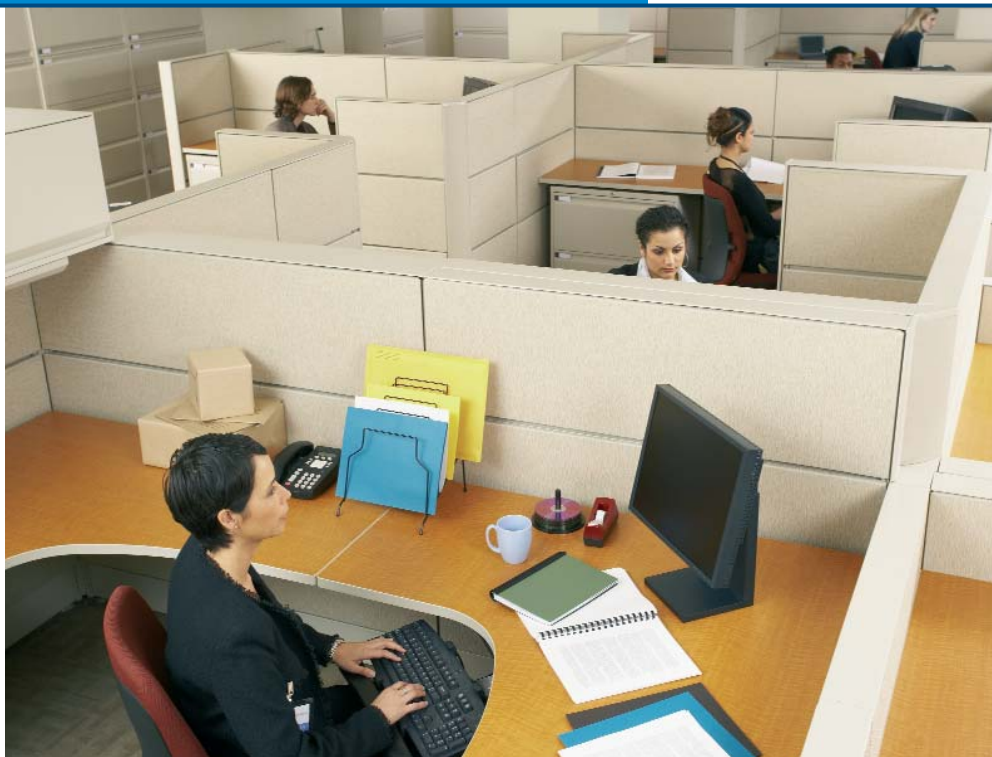
Le pensioni dovranno sempre risultare proporzionate ai contributi versati, calibrate sull'aspettativa di vita residua da pensionato ed indicizzate integralmente.

Andrà potenziata la difesa

del potere d'acquisto delle pensioni tramite l'ampliamento dei servizi integrativi e dei benefits, riducendo così i costi al consumo, in un approccio logico finalizzato non a sostituire i necessari interventi tecnici, ma ad aggiungere nuovi strumenti a questi.

Per fare tutto questo dobbiamo continuare a perseguire l'unità di fondo delle categorie dei professionisti interessate, insieme abbiamo strumenti, capacità e risorse per farlo al meglio. •

(*) Consigliere Enpam



Riscatti e ricongiunzioni, che cosa stiamo facendo

La recente ristrutturazione del Dipartimento della Previdenza è stata funzionale a consentire una nuova organizzazione del lavoro, non più basata sulla suddivisione per Fondi ma strutturata per aree di attività omogenee - contributi, prestazioni, riscatti e ricongiunzioni - al fine di conferire maggiore efficienza ed efficacia

di Ernesto Del Sordo (*)

Con la riorganizzazione è stato istituito il nuovo Servizio riscatti e ricongiunzioni presso il quale sono confluite tutte le linee di attività relative a tali istituti in precedenza di competenza di più servizi. Si è, così, inteso conferire centralità alla posizione assicurativa dell'iscritto ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane non più orientate verso una cono-

scenza parcellizzata ma verso una gestione globale e sinergica dell'attività di competenza, sulla base del modello sviluppato lo scorso anno con il positivo progetto di lavoro inteso a definire le domande di riscatto di allineamento. L'obiettivo è quello di superare le criticità fin qui riscontrate nell'evasione delle domande di riscatto e di ricongiunzione in attesa di definizione. La nuova impostazione permetterà, inoltre, anche di risolvere

le problematiche riconducibili alla frammentazione dell'informazione da dare agli iscritti.

Sebbene siano trascorsi solo pochi mesi dalla costituzione del nuovo servizio e tenuto conto dei tempi necessari per l'organizzazione della struttura, è possibile, comunque, già evidenziare i primi risultati raggiunti.

Preliminarmente, va segnalata l'attività straordinaria di archiviazione svolta durante questo periodo che

ha interessato circa 5.000 pratiche di riscatto presentate sia presso il Fondo di Previdenza Generale che presso i Fondi Speciali.

Con riferimento alle domande di riscatto di laurea presentate presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale entro il 31 dicembre 2007, è stato possibile avvalersi della procedura automatizzata già realizzata per i riscatti di allineamento, anche se è stato necessario procedere alle opportune implementazioni.

Il programma è strutturato in modo da suddividere l'iter lavorativo in diversi step, a partire dalla fase dell'istruzione (verifica dell'esistenza dei requisiti di accesso al riscatto) fino alla liquidazione (calcolo del riscatto). Ogni step prevede una serie di controlli, superati i quali è possibile accedere alla fase successiva.

Le posizioni contributive che risultano in regola con i requisiti previsti dalla procedura in tutte le fasi della lavorazione sono liquidate in automatico dal programma. In presenza, invece, di anomalie (ad esempio: mancanza dei requisiti per accedere al riscatto o presenza di periodi di interruzione contributiva) le posizioni vengono analizzate dagli operatori e liquidate manualmente.

È da sottolineare, comun-

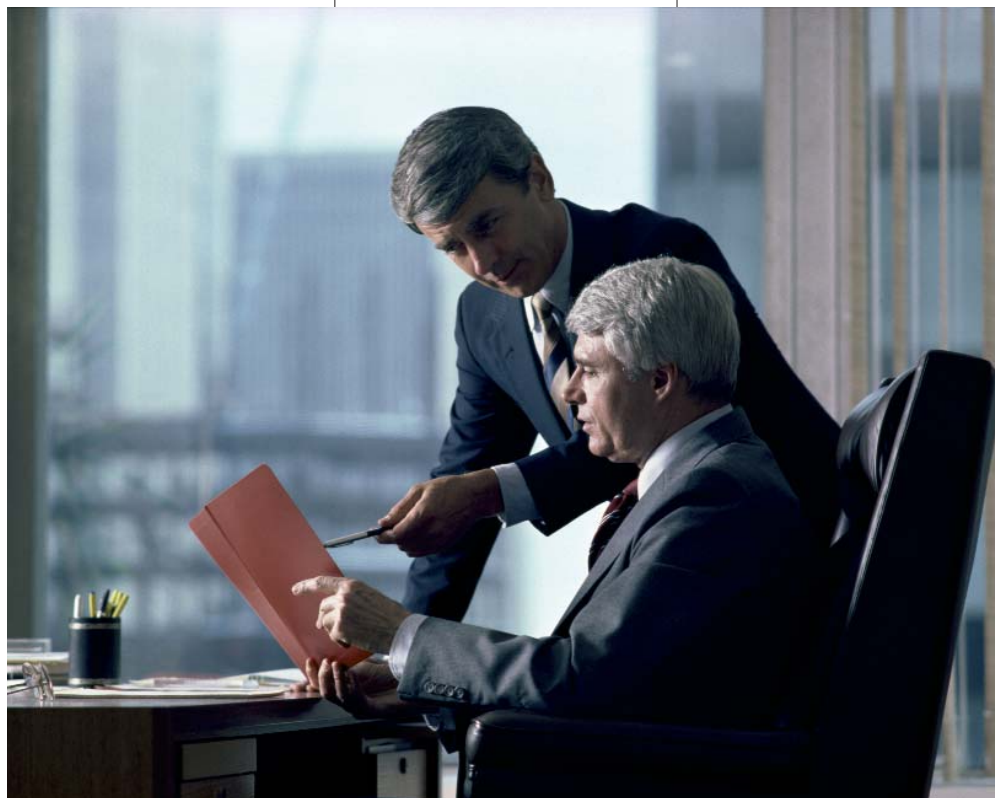
**È stato istituito
il nuovo
Servizio riscatti
e ricongiunzioni**

que, che sebbene si tratti di una procedura automatizzata, tutte le liquidazioni, sia quelle effettuate in automatico che quelle manuali, sono soggette a revisione da parte del personale addetto. Solo dopo aver ultimato anche quest'ultima fase vengono inviate le lettere di proposta agli iscritti interessati.

Grazie al nuovo modello organizzativo adottato ed alle implementazioni apportate al programma di liquidazione automatica, dal mese di luglio fino ad oggi è stato possibile raggiungere il risultato di inviare 3587 lettere di proposta agli iscritti, di cui 2243 sono state trattate con il supporto informatico.

Ultimata la liquidazione dei suddetti riscatti di laurea, gli uffici potranno procedere all'evasione, sempre tramite la procedura automatizzata, delle domande di riscatto di allineamento contributivo presentate presso tutti i Fondi di Previdenza. Si stima, quindi, che entro la fine del corrente anno saranno liquidate circa 1.000 pratiche relative a tale fattispecie di riscatto.

Parallelamente all'attività di liquidazione in automatico, gli uffici hanno continuato a svolgere la normale attività di liquidazione manuale delle doman-



de relative a tutte le forme di riscatto previste dai Regolamenti dell'Ente e presentate presso tutti i Fondi di Previdenza.

Con riferimento, invece, alle domande di riscatto presentate presso il Fondo degli Specialisti Ambulatoriali, a causa della particolare modalità di liquidazione basata sul numero medio di ore settimanali di lavoro tenute durante la carriera professionale dell'iscritto, è ancora necessario che l'operatore continui a procedere manualmente all'inserimento delle medie orarie e di conseguenza alla liquidazione della pratica.

Considerata la complessità dell'iter procedurale e per velocizzare l'evasione delle pratiche sarà a breve

effettuato uno specifico corso di formazione per ottimizzare l'attività degli operatori.

Per quanto invece riguarda la situazione delle domande di ricongiunzione presentate presso i Fondi Enpam, sempre al fine di evadere nel più breve tempo possibile le domande in giacenza, è stato affidato l'inserimento dei dati contributivi presenti nei tabulati trasmessi dagli Enti ad una società esterna.

Al momento, pertanto, gli operatori stanno testando la complessa procedura di importazione nell'archivio Oracle dei dati contributivi trasmessi dagli Enti previdenziali interessati. Verificata la correttezza dei dati inseriti, il personale potrà essere impegnato esclu-

sivamente nella fase della liquidazione.

Per quanto riguarda, infine, il Fondo dei Medici di Medicina Generale, è stato avviato, con la collaborazione del Dipartimento dei Sistemi informativi, uno studio per la liquidazione in automatico delle ricongiunzioni, così come realizzato per i riscatti.

L'adozione dei modelli organizzativi sopra descritti ha, perciò, consentito già di conseguire alcuni importanti risultati in termini di smaltimento dell'arretrato. L'auspicio è quello di definire al più presto tutte le pratiche in giacenza, garantendo in futuro la correttezza nell'evasione delle nuove domande nel solo rispetto dei tempi tecnici che occorrono. •

(*) Vice direttore generale

**Un'organizzazione
che ha consentito
di smaltire
l'arretrato**

Contributi ai medici e odontoiatri amministratori di Enti locali

Non sempre i medici e gli odontoiatri che ricoprono cariche amministrative presso gli Enti locali sono a conoscenza delle norme dettate dal legislatore in loro favore in materia di contribuzione previdenziale. Breve ricognizione della normativa vigente

di Vittorio Pulci (*)

Il Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo Unico delle Leggi sull'Ordinamento degli Enti locali), ha disposto che gli Enti locali, in favore di titolari di un rapporto di lavoro dipendente collocati in aspettativa non retribuita, devono provvedere al versamento degli oneri assistenziali, previdenziali ed assicurativi presso i rispettivi Istituti (Inps, Inpdap). In favore degli amministratori che non siano lavoratori dipendenti, gli Enti locali devono garantire la corresponsione, a titolo di contributi previdenziali, di una cifra forfetaria annua, da versarsi mensilmente alla forma pensionistica alla quale il professionista è iscritto (per i medici e gli odontoiatri non dipendenti, l'Enpam).

In attuazione di tale normativa, il Decreto Ministeriale del 25 maggio 2001 ha stabilito, per ogni categoria di lavoratori non dipendenti, le quote forfetarie che gli Enti locali devono corrispondere, per i propri amministratori, agli Enti previdenziali di appartenenza. Per la Fondazione Enpam la quota forfetaria annuale è pari, per l'anno 2008, a

euro 1.203,24 (euro 100,27 mensili).

Conformemente a quanto previsto dall'art. 86 del citato Testo Unico, pertanto, hanno diritto alla corresponsione del suddetto importo tutti i medici e gli odontoiatri non dipendenti che ricoprano le seguenti cariche amministrative:

- sindaci;
- presidenti di provincia;
- presidenti di comunità montane, unioni, comuni e consorzi fra Enti locali;
- assessori provinciali e assessori di Comuni con popolazione superiore a 10mila abitanti;
- presidenti dei consigli di Comuni con popolazione superiore a 50mila abitanti;
- presidenti dei consigli provinciali che siano collocati in aspettativa non retribuita ai sensi del Testo Unico delle Leggi sull'Ordinamento degli Enti locali;
- presidenti dei Consigli circoscrizionali, nei casi in cui il Comune abbia attuato nei loro confronti un effettivo decentramento di funzioni;
- presidenti delle aziende, anche consortili, fino all'approvazione della riforma in materia di servizi pubblici locali che si trovino nelle condizioni previste dall'articolo 81 del Testo Unico



delle Leggi sull'Ordinamento degli Enti locali.

Al fine di ottenere il versamento delle quote contributive dovute, gli iscritti interessati devono rivolgersi all'Ente locale presso il quale prestano l'incarico affinché questi fornisca all'Enpam i dati necessari per l'attivazione della procedura di riscossione (data di conferimento del mandato, dati identificativi dell'Ente versante e del professionista beneficiario della contribuzione).

Il pagamento delle quote contributive deve essere ef-

fettuato, a cura dell'Ente locale, mediante il bollettino MAV predisposto mensilmente dalla Banca Popolare di Sondrio, avente scadenza al giorno 16 del mese di riferimento.

I professionisti e gli Enti locali che desiderino ulteriori chiarimenti in merito all'applicazione della normativa citata, possono richiederli mediante fax al n. 06.4829.4878, ovvero contattando il Servizio accoglienza telefonica al n. 06.4829.4829. •

(*) *Dirigente Enpam*

Specializzandi e contribuzione, una questione tutta da chiarire

di **Walter Mazzucco (*)**
e **Francesco Macrí (**)**

Il decreto legislativo 368/99, reso applicativo con parziali modifiche del testo originario dalla Legge Finanziaria 2006 (Legge 266/2005), ha apportato enormi cambiamenti allo status del medico in formazione specialistica. Lo specializzando, infatti, si è visto riconoscere diritti fondamentali quali ferie, malattia, maternità ma anche la tutela previdenziale. Ciononostante, è apparsa da subito la contraddizione in termini di essere inquadrati al pari dei lavoratori atipici nella Gestione Separata Inps, non trovando una continuità contributiva presso l'Ente previdenziale centrale per la categoria medica, la Fondazione Enpam.

Se ciò non bastasse, la circolare Inps n.88 del 1.10.2008, intervenuta a seguito di un parere emesso dal ministero del Lavoro in data 11/09/2008, ha elevato l'aliquota ridotta (pari a circa il 16 %) alla contribuzione massima pari al 24,7 %, in difformità peraltro alle norme sulla gestione separata che prevedono l'applicazione dell'aliquota minima per coloro che contribuiscono ad un Ente previdenziale obbligatorio di riferimento (in questo caso l'Enpam, a cui

gli specializzandi contribuiscono obbligatoriamente la Quota A in qualità di iscritti agli Ordini professionali, requisito indispensabile per esercitare la professione medica anche nel corso della frequenza nelle scuole di specializzazione). Tale risoluzione, a dire dell'Inps, dovrebbe essere immediatamente esecutiva con valore retroattivo a partire dal novembre del 2006, interessando tutti gli specializzandi unitamente agli specialisti che abbiano conseguito il diploma di specializzazione nel corso dell'anno accademico 2006/2007. L'Inps ha inoltre sollecitato le università al recupero delle eccedenze pregresse entro tre mesi dall'emissione di tale circolare per evitare che si incorra nelle sanzioni previste dall'articolo 116 della legge n. 388/2000.

Il punto contestato tanto dai medici in formazione quanto dall'Enpam è quello introdotto dal predetto parere del ministero del Lavoro laddove si definisce l'Enpam come un Ente solidaristico e residuale anziché primario e centrale come in realtà esso è nei confronti dei medici in formazione e dell'intera categoria.

È storia di questi giorni che alcune università italiane, benché la circolare

Inps avesse soltanto valore interpretativo e non esecutivo, abbiano applicato la ritenuta maggiorata e il recupero delle "eccedenze" dal 2006 in poi (Varese, Ferrara, Siena, Roma Tor Vergata, Verona, Genova, Cagliari, etc.). Questo accadeva nonostante una successiva nota del Miur abbia chiesto al Dipartimento politiche previdenziali – Uff. VII del ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali *"di rivedere la posizione presa nella suddetta circolare e di voler al contrario confermare l'applicazione di quanto già concordato e scritto nella nota INPS n. 29642, del 7/12/2008"*.

L'intera categoria degli specializzandi italiani per via di questo tentativo di ingiusto adeguamento contributivo è insorta compatta attraver-

so le maggiori associazioni di categoria, il Sims – Segretariato italiano medici specializzandi (www.sims.ms - www.giovanimedici.com) e la Federspecializzandi (www.federspecializzandi.org), che in collaborazione con l'Enpam stanno portando avanti una serie di trattative volte alla risoluzione di questa paradossale vicenda. Gli specializzandi trovano dunque nella Fondazione Enpam e nei vertici della Fnomceo validissimi alleati al fine di conseguire l'obiettivo di godere di una piena tutela contributiva e si sta lavorando affinché l'intera contribuzione previdenziale degli specializzandi italiani venga versata nella casse dell'Enpam. •

(*) *Presidente*

Nazionale Sims

(**) *Responsabile Sims
per la Previdenza*

L'Enpam e la Fnomceo hanno concordato che il problema degli specializzandi vada affrontato in tempi rapidi, attraverso provvedimenti legislativi, anche per evitare gravi difformità applicative.

Alla riunione tra i due Enti – svoltasi il 5 novembre scorso sotto la presidenza di Eolo Parodi – erano presenti per l'Enpam il vice presidente vicario Mario Falconi, il vice presidente Giampiero Malagnino, il consigliere Alberto Oliveti ed il direttore generale Alberto Volponi; la Fnomceo era rappresentata dal consigliere Luigi Conte, in rappresentanza del presidente Amedeo Bianco, e dal direttore generale Bruno Bugli.



Il prof. Eugenio Bonioli

Eugenio Bonioli è specialista in Clinica pediatrica, Genetica medica e Puericultura. È professore di Pediatria alla Facoltà di Medicina dell'Università di Genova; direttore del Corso integrato di pediatria generale e specialistica e coordinatore della didattica del II semestre del V anno del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Insegna Genetica Clinica nella I e II Scuola di specializzazione in pediatria dell'Università di Genova. È responsabile del Laboratorio di Genetica Clinica e Neurofibromatosi del Dipartimento di Scienze pediatriche "G. de Toni" dell'Università di Genova. È Coordinatore del Comitato Scientifico dell'Associazione nazionale Neurofibromatosi

Modello assistenziale contro le malattie genetiche

di Carlo Ciocci

C'è la proposta di un modello assistenziale per bambini con malattie genetiche e/o disabilità ad elevata complessità assistenziale?

È un tema da tempo dibattuto, al centro anche del congresso organizzato nel 2007 dalla Simgeped, la Società italiana malattie genetiche pediatriche e disabilità congenite.

Scendo nei particolari. Nel Piano sanitario nazionale 2005-08 si parla della necessità di migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da sindromi malformative e congenite; di migliorare l'assistenza ai bambini e agli adolescenti mediante lo sviluppo di modelli integrati. Si parla anche della definizione di appropriati percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi in patologie rare, di tipo conge-

nito o ereditario. Esempi di tali patologie sono: la Sindrome di Down, l'Acondroplasia, la Neurofibromatosi, la Sindrome di Turner, la Sindrome di Prader-Willi, la Sindrome X fragile, la paralisi cerebrale e le sindromi a diagnosi non definita.

In definitiva, stiamo parlando della proposta di sviluppare un modello assistenziale integrato tra centri specialistici, medici pediatri, territorio, scuola, associazioni dei malati. Un modello riferito a problematiche pediatriche che coinvolgono un alto numero di bambini e adolescenti. In particolare, per offrire una dimensione esatta del problema, su poco meno di 10 milioni di bambini-adolescenti, da 0 a 17 anni compiuti (dato Istat al 31/12/2005) i pazienti con tali patologie sono valutabili a circa

50mila; su oltre 58 milioni di abitanti in Italia (dato Istat al 31/12/2005), il problema riguarda circa 850 bambini per milione di abitante.

Come si assiste un paziente affetto da malattie rare?

Puntualizzo che parliamo di malattie rare che, come tali, il più delle volte non sono facilmente riconosciute e spesso non hanno una terapia specifica, sebbene richiedano interventi assistenziali complessi. Con tale premessa, l'approccio deve essere prima di tutto globale, vale a dire che un bambino con sindrome di Down, solo per fare un esempio, dovrà essere seguito da un pediatra che conosca i problemi che sono specifici di questa malattia. Al paziente si dovrà inoltre offrire un approccio multidisciplinare in grado di

gestire i vari aspetti della sua condizione; un approccio anche multisettoriale, vale a dire che dovrà risultare un sostegno anche in ambito scolastico, familiare e durante la fase della riabilitazione.

È necessario che tutta questa complessa organizzazione sia integrata, in altre parole gli interventi non devono essere proposti in maniera casuale e parcellizzata, pena la perdita di efficacia. Importantissimo, come accennato, che la famiglia sia coinvolta nella pianificazione, affinché anche il nucleo familiare interessato divenga un soggetto attivo nello svolgimento dell'assistenza.

Quella che descrive è una situazione già riscontrabile in Italia o siamo proprio agli inizi?

Purtroppo, i problemi di cui parliamo non sono affatto affrontati come dovrebbero, se non in poche "isole felici", perché non c'è un vero e proprio coordinamento, i genitori non sono attivamente coinvolti, i centri di riferimento non sono ancora in numero sufficiente.

Il progetto coinvolge centri specialistici, medici pediatri, territorio, scuola, associazioni dei malati

Che cosa si dovrebbe fare?

Bisogna coordinare un'assistenza multidisciplinare che sia centrata su due figure mediche che sappiano gestire le problematiche specifiche del paziente: un medico presso il centro di riferimento e l'altro il pediatra di famiglia. È evidente che questi due "dottori" potranno-dovranno dialogare sulla base di un piano assistenziale scritto in maniera che siano ben precisate le attività da svolgere per il piccolo paziente, un piano, non mi stancherò mai di sottolineare questo aspetto, concordato con la famiglia. I centri di riferimento oggi ci sono ma, anche per motivi economici contingenti, sono pochi e pertanto è fortemente auspicabile la costituzione di una rete assistenziale per le malattie rare che li metta in costante collegamento.

Come dovrebbero essere scelti i due medici di cui faceva cenno?

Uno dei due sarà un medico operante nel Centro di riferimento, l'altro, come dicevo prima, dovrebbe essere il pediatra "di famiglia": a tal proposito non va dimenticato che nel contratto di lavoro dei pediatri di libera scelta sono previsti incentivi perché si occupino dei pazienti di particolare complessità. Sempre nell'ambito delle malattie rare vanno ricordati anche i servizi da fornire per i problemi cosiddetti trasversali: ad esem-

pio, tutti i bambini che hanno una patologia complessa possono incorrere in problemi ortopedici ed in tale ottica un ortopedico, un fisiatra o un medico riabilitatore dovrebbero essere sempre disponibili ad intervenire.

Immaginiamo che nei Centri di riferimento già esistenti e in quelli in creazione debba essere anche prevista un servizio dedicato all'assistenza alla disabilità complessa, un riferimento che potrebbe anche essere definito Centro di assistenza alla disabilità complessa. Faccio un ulteriore passo in avanti.

Di che cosa si tratta?

Ci rendiamo conto che nelle strutture sanitarie spesso si entra e non si sa a chi rivolgersi, con il rischio per il paziente di essere palleggiato da una specialità e l'altra: invece, un punto di riferimento in queste strutture sarebbe opportuno per coordinare le risorse umane degli stessi centri.

Concretamente che cosa farebbe il Centro di assistenza alla disabilità complessa?

Il Centro dovrebbe costruire o contribuire alla costruzione di un piano assistenziale, il che significa, tra l'altro, definire i tempi dei controlli da effettuare da parte dei malati, le strutture dove rivolgersi, gli obiettivi da perseguire; inoltre la realizzazione di un libretto



sanitario elettronico da mettere in Rete dove inserire tutti i dati rilevanti che riguardano un particolare paziente.

Il Centro dovrebbe, poi, occuparsi anche della formazione e della ricerca clinica.

L'intero progetto a che punto è?

Le istituzioni con le quali abbiamo sino ad ora dialogato - Società scientifiche, associazioni di ge-

nitori, scuole, assessorati, eccetera - sono entusiasti dell'impostazione racchiusa nella proposta di un modello assistenziale che abbia, come elemento di primaria originalità, il compito di coinvolgere tutte le parti interessate affinché queste si siedano attorno ad un tavolo, con pari dignità, con il compito preciso di realizzare il miglior risultato nell'esclusivo interesse dei pazienti e delle loro famiglie. •

Assistenza sanitaria di base, ora più che mai

L'Organizzazione mondiale della sanità ha nuovamente lanciato l'allarme sulle forti disparità tra ricchi e poveri, sui fallimenti e le insufficienze gestionali dei servizi di organizzazione della salute pubblica che hanno introdotto squilibri pericolosi per molte popolazioni



Afghanistan: assistenza sanitaria a domicilio (foto: Who/Christopher Black)

di Claudia Furlanetto

Per chi nel 1978, ad Alma Ata, prese parte alla Conferenza internazionale sulle cure primarie - che aveva imposto all'ordine del giorno l'accesso universale alla salute come un diritto fondamentale e una priorità degli Stati - il Rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità - *Primary Health Care - now more than ever* - pubblicato lo scorso ottobre, ha rappresentato di certo una grande

delusione. Perché i dati mostrano come le discrepanze circa l'accesso alle strutture, la qualità dell'assistenza e i costi delle cure mediche siano oggi ben più acute di trenta anni fa.

La differenza tra Paesi sviluppati e non supera oggi i 44 anni. Delle 136 milioni di donne che daranno alla luce un figlio quest'anno circa 58 milioni non riceveranno assistenza sanitaria. Globalmente la spesa pubblica per la sanità varia dai 20 dollari per persona a più di 6 mila.

Per circa 5 miliardi e mezzo di persone di Paesi a basso e medio reddito più di metà di tutte le spese mediche verranno pagate di tasca propria. Ed ancora: più di 100 milioni di persone si indebitano ogni anno a causa delle spese mediche finendo sotto la soglia di povertà. Ma le differenze non esistono solo tra Paesi ricchi e poveri ma anche all'interno di uno stesso nucleo urbano. A Nairobi, per esempio, il tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni raggiunge l'1,5 percen-

to nei quartieri più ricchi, ma sale fino a 25,4 percento nelle zone più degradate. "L'alta mortalità materna, infantile e dei bambini sotto i 5 anni indica spesso il mancato accesso a servizi di base come acqua potabile, vaccinazione e nutrizione appropriata - afferma Ann M. Veneman, direttore esecutivo dell'Unicef -. L'assistenza di base, inclusi i servizi integrati a livello della comunità, può aiutare a migliorare la salute e a salvare delle vite". I dati del Rapporto indicano come molti sistemi sanitari abbiano smesso di puntare ad un accesso equo, abbiano perso l'abilità ad investire in modo appropriato le risorse e la loro capacità ad incontrare i bisogni e le aspettative della popolazione, soprattutto dei gruppi più poveri ed emarginati. E proprio nell'erosione della fiducia nei sistemi sanitari il Rapporto identifica la più grande minaccia alla stabilità sociale. Per cercare di ottenere performance migliori, l'Oms suggerisce ai Paesi un ritorno all'approccio olistico alla sanità, lo stesso lanciato formalmente 30 anni fa con la conferenza di Alma Ata. "Confrontando nazioni con lo stesso sviluppo economico, ci accorgiamo che quelle i cui sistemi sanitari sono organizzati secondo i principi dell'assistenza di base raggiungono, con gli stessi investimenti, più alti benefici in termini di salute pubblica - continua il Rapporto dell'Oms 2008. - Una lezione che acquista un'importanza critica, soprattutto in un momento di crisi finanziaria glo-

bale". E aggiunge il direttore generale dell'Oms Margaret Chan: "L'assistenza di base, contrariamente a quelle che sono le tendenze correnti, è la risposta più saggia per riportare sulla strada giusta la crisi sanitaria".

Molti modelli di assistenza si concentrano oggi su malattie e tecnologie; concepiscono la salute come un prodotto dell'intervento biomedico; ignorano la prevenzione ed impiegano gli specialisti per erogare servizi che sarebbero compito di medici di base. L'Oms stima che un uso migliore delle attuali misure di prevenzione potrebbe ridurre l'impatto globale delle malattie del 70 per cento.

In molte zone rurali di Paesi in via di sviluppo, l'assistenza tende ad essere frammentata in iniziative o progetti che si concentrano su singole malattie, prestando poca attenzione alla coerenza dell'approccio e pochi investimenti nelle infrastrutture, nei servizi e nel personale medico-sanitario.

"Questa situazione non fa altro che ridurre le persone a target di programma", afferma il Rapporto. Ma soprattutto "l'assistenza sanitaria così concepita non risponde alla sempre più grande aspettativa sociale di un servizio che ponga la gente al centro, che sia giusto, accessibile ed efficiente". Al contrario un sistema sanitario basato sulle cure primarie, quando appropriatamente implementato, promuove un approccio olistico alla salute che rende la prevenzione importante quanto la cu-

ra, in un continuum da considerare parallelo alla vita delle persone.

Il Rapporto propone quindi ai Paesi di basare le decisioni riguardanti lo sviluppo e la costruzione dei sistemi sanitari su quattro direttive strettamente collegate tra loro, che compongono il nucleo fondante dei principi dell'assistenza di base.

1) Copertura universale.

L'iniquità nell'accesso produce differenze nell'aspettativa di vita non solo tra diversi Paesi ma anche all'interno di una stessa nazione con un conseguente aumento del rischio, per tutta la popolazione, del diffondersi delle malattie. L'Oms suggerisce la formazione di fondi finanziari e sistemi di pagamento anticipato come quelli delle assicurazioni. Il Brasile ha cominciato a lavorare per la copertura universale nel 1988 e ad oggi il 70 per cento della popolazione ne può usufruire.

2) Assistenza sanitaria basata sulla persona. Un sistema basato sulle cure primarie è in grado di ribilanciare

l'assistenza sanitaria, portando famiglie e comunità al centro del sistema. Ponendo l'accento sulla *ownership locale*, si rende possibile la creazione di soluzioni ideate dalle comunità stesse, gestite e sostenute sulla base dei propri bisogni. Le 17 mila *Health Houses* iraniane raggiungono circa 1500 persone ognuna ed è grazie a queste che l'aspettativa di vita è passata dai 63 anni del 1990 ai 71 di oggi.

3) Politiche di salute pubblica. I determinanti sociali della salute richiedono interventi che coinvolgono ben più che il solo settore sanitario. L'Oms ritiene sia necessario un approccio in cui "la salute sia parte integrante di tutte le politiche": ambientali, commerciali, dell'istruzione, ecc..

4) Leadership. I sistemi sanitari esistenti non graviteranno autonomamente verso modelli più giusti, efficienti ed efficaci. I governi sono chiamati quindi a negoziare affinché tutte le componenti sociali facciano parte del processo di cambiamento: la

società civile, il settore privato, le comunità e il settore commerciale. Bisogna assicurare ai gruppi più vulnerabili uno spazio per esprimere i bisogni e far in modo che le loro richieste siano ascoltate. Per riuscire nell'impresa i governi devono avere a disposizione il *know-how* necessario, per questo bisogna favorire la ricerca sui sistemi sanitari e aumentarne i fondi.

"In effetti, stiamo incoraggiando i Paesi a tornare alle fondamenta - ha affermato Margaret Chan-. Trenta anni di esperienza ben monitorata ci dicono cosa funziona e verso quale direzione dobbiamo dirigerci, indipendentemente si tratti di Paesi ricchi o poveri. Il Rapporto sulla salute globale indica un modo per affrontare le disuguaglianze e le inefficienze nel settore dell'assistenza sanitaria, e le sue raccomandazioni devono essere ascoltate". Perché - ha concluso il direttore generale - "un mondo squilibrato in materia di salute non è né stabile né sicuro". •



Le donne si incontrano per parlare di salute a Savar in Bangladesh (foto: Alayne Adams)

Donne medico e maternità: il congedo obbligatorio

La legge prevede per gli ultimi due mesi di gestazione e per i primi tre mesi dopo la nascita del figlio, la sospensione retribuita dal lavoro della lavoratrice dipendente sia pubblica che privata: il giorno della nascita non va computato. L'indennità corrisposta dall'Enpam previa domanda

di Marco Perelli Ercolini (*)

Se il parto avviene in data anticipata rispetto a quella presunta, i giorni di astensione obbligatoria non goduti prima del parto vanno aggiunti al periodo di astensione obbligatoria dopo il parto (previa presentazione entro 30 giorni del certificato attestante la data del parto).

L'astensione dal lavoro non è prevista per le future mamme libero professioniste che, come tali, possono meglio autogestire le attività lavorative senza quei vincoli della dipendenza che impongono direttive, orari, programmi difficilmente conciliabili col loro stato. Per loro è solo prevista una indennità economica pagata dalla rispettiva Cassa di previdenza (per i medici l'Enpam).

L'attuale legge prevede inoltre una certa elasticità nell'astensione obbligatoria (il periodo di flessibilità può andare da un minimo di 1 giorno ad un massimo di 1 mese e può essere, ancorché già richiesto ed accordato, successivamente ridotto, ampliando



quindi il periodo di astensione ante-partum inizialmente richiesto, sia per istanza della lavoratrice sia per fatti sopravvenuti), potendo la futura madre scegliere, previa attestazione del medico specialista del Servizio sanitario nazionale o nullaosta del medico competente in materia di igiene e sicurezza sui posti di lavoro nominato dall'azienda, ridurre sino a un mese il periodo dell'astensione obbligatoria prima del parto per prolungare il periodo post-partum dai tre sino ai quattro mesi. Presupposti sono l'assenza di condizioni patologiche che

configurino situazioni di rischio per la salute della lavoratrice e/o del nascituro al momento della richiesta, l'assenza di un provvedimento di interdizione anticipata dal lavoro da parte della competente Direzione provinciale del Lavoro - Servizio ispezione del lavoro, l'assenza di pregiudizio alla salute della lavoratrice e del nascituro derivante dalle mansioni svolte, dall'ambiente di lavoro e/o dall'articolazione dell'orario di lavoro previsto (nel caso venga rilevata una situazione pregiudizievole, alla lavoratrice non potrà comunque essere consentito, ai fi-

ni dell'esercizio dell'opzione, lo spostamento ad altre mansioni ovvero la modifica delle condizioni e dell'orario di lavoro), l'assenza di controindicazioni allo stato di gestazione riguardo alle modalità per il raggiungimento del posto di lavoro.

Durante il periodo di astensione obbligatoria per le dipendenti ospedaliere viene conservato l'intero trattamento economico. Inoltre il periodo viene computato interamente ai fini della carriera, della attribuzione degli scatti periodici di stipendio e delle indennità mediche specifiche, della anzianità per la determinazione del trattamento di previdenza (premio di servizio, meglio conosciuto come liquidazione) e di quiescenza (pensione). Poiché questo periodo è considerato -anzianità di servizio- a tutti gli effetti, si maturano anche i permessi (come previsti dal contratto) e le così dette ex festività.

Decorsi i tre mesi di assenza obbligatoria dal lavoro, se le condizioni di salute della lavoratrice non le consentono di riprendere servizio, l'assenza sarà considerata come dovuta a malattia derivante dallo stato di gravidanza e, pertanto, non si cumula con le assenze per malattia comune.

Per le madri medico della Medicina dei servizi la convenzione prevede che in caso di gravidanza o puerperio, l'Azienda mantenga l'incarico per sei mesi continuativi e che durante la gravidanza e il puerperio

Per le specializzande è previsto nel contratto di formazione che il trattamento economico sia a carico dell'Università

L'Azienda corrisponda l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane. Per l'ulteriore periodo ai 5 mesi previsti di astensione obbligatoria, va inoltrata domanda all'Enpam che provvederà alla corresponsione

dell'indennità di maternità come sopra previsto per il periodo non pagato dall'Azienda.

Nessuna previsione specifica viene contemplata nel contratto per i medici della continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale. L'indennità di maternità va richiesta all'Enpam.

Ai medici di medicina generale e pediatria di libera scelta viene corrisposta l'indennità di maternità per 5 mesi (Enpam) e non è più prevista la sospensione dell'attività.

Nella specialistica ambulatoriale il contratto prevede che per l'assenza per gravidanza e puerperio l'Azienda corrisponda l'intero trat-

tamento economico per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane. Per il restante periodo ai 5 mesi previsti di astensione obbligatoria l'indennità di maternità va richiesta all'Enpam.

I medici del tirocinio pratico in medicina generale possono assentarsi per brevi periodi per un massimo di trenta giorni. Assenze più lunghe quale quella per maternità (5 mesi di astensione obbligatoria) sono giustificate, ma comportano la sospensione temporanea della borsa; ovviamente il medico dovrà poi recuperare questi periodi con la frequenza in ospedale e ai seminari, con ripresa della

corresponsione economica, col corso successivo di tirocinio pratico. Durante l'assenza dei 5 mesi di astensione obbligatoria per maternità l'indennità di maternità verrà corrisposta dall'Enpam previa domanda nei termini dovuti.

Per le specializzande è invece previsto nel Contratto di Formazione Specialistica che il trattamento economico durante l'astensione obbligatoria sia a carico dell'Università.

E così un evento unico, trova però differenti tutele a seconda di specifiche attività nell'ambito di una comune sfera di rapporto lavorativo. •

(*) Consigliere di amministrazione

VOLONTARIATO

Riabilitazione oncologica: pubblicato il "libro bianco"

La Favo (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia) e Int (Fondazione Irccs Istituto nazionale dei tumori di Milano) hanno presentato il "Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica"

In Italia vivono circa 2.000.000 di persone che hanno avuto una diagnosi di cancro. Dei 250.000 nuovi casi ogni anno, la metà guarisce o convive con la propria neoplasia più o meno a lungo. Anche tra coloro che sono guariti fisicamente, inoltre, le conseguenze psicologiche e relazionali della malattia possono essere tali da non consentire più il recupero di una vita di qualità.

Superato ormai il concetto di malattia-cancro come sinonimo di morte, si aprono oggi scenari nuovi che non possono e non devono es-

sere ignorati per i loro risvolti umani, sociali ed economici. È necessario pertanto offrire alle persone con esperienza di malattia oncologica il recupero e/o il mantenimento della massima autonomia fisica e relazionale, garantendo loro la migliore qualità di vita possibile. La riabilitazione multidisciplinare, come strumento essenziale per combattere l'emarginazione sociale e economica dei guariti e dei cronicizzati, è raccomandata nelle conclusioni adottate quest'anno dal Consiglio dell'Unione Europea. In Italia, Favo -

presieduta dal prof. Francesco De Lorenzo - è stata l'antesignana della battaglia per far comprendere alle istituzioni che la riabilitazione specifica per malati e ex malati era, nei fatti, un diritto negato. Con il Libro Bianco - finanziato dal precedente Ministero della Salute e dall'attuale Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - la disattenzione denunciata è stata finalmente superata. Promosso da Favo e frutto di una sinergia tra molteplici istituti a carattere scientifico, Regioni, associazioni di volontariato e società

scientifiche, il "Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica in Italia" comprende il primo censimento sulle strutture esistenti e propone un'analisi a più voci sui risvolti medici, psicologici, sociali, economici della riabilitazione oncologica.

Il Libro costituisce uno strumento basato su evidenze scientifiche, completo e di facile accesso e fornisce informazioni e proposte per stimolare Governo e Regioni a garantire l'inserimento della riabilitazione oncologica nel Piano oncologico nazionale, in quelli regionali e nei Lea. •

Tumore della prostata: alimentazione e diagnosi

di Mauro Dimitri (*)

Il tumore della prostata ha un'alta incidenza ed un lungo periodo di latenza, sia nello sviluppo che nella progressione della malattia. Ci sono numerosi fattori di rischio conosciuti per lo sviluppo del tumore della prostata, comprendenti l'età, l'area geografica e la razza. Inoltre ci sono lesioni precancerose che possono essere diagnosticate e seguite. L'incidenza è veramente alta nel nord America e nel nord

Europa (63 x 100.000 uomini bianchi e 102 x 100.000 afro-americani negli Stati Uniti), ma è molto più bassa in Asia (10 x 100.000 uomini in Giappone).

In Italia, il tumore della prostata è il primo tumore che colpisce l'uomo, con un'incidenza del 12% e supera il tumore del polmone che arriva circa al 10%. Ogni anno in Italia si registrano 42.804 tumori con 9070 decessi (dati del Reparto di epidemiologia tumori - Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute - Istituto Superiore di Sanità 2005). 17mila nuovi casi vengono scoperti ogni anno, di questi il 20% è già allo stadio di metastasi. Poiché l'età media della popo-

lazione maschile italiana è sempre più elevata, non può che peggiorare l'incidenza di questo tumore, rispetto al quale l'età è uno dei principali fattori di rischio conosciuti: ci sono oggi in Italia oltre 9.300.000 uomini al di sopra dei 50 anni, potenzialmente a rischio. Il principio fondamentale per ridurre il pericolo è l'attenzione e la sensibilità alla prevenzione, proprio come per altri tumori ad elevata incidenza, come ad esempio il tumore della mammella. Purtroppo le statistiche ci dicono che gli uomini sono molto più restii delle donne ad adottare regolarmente misure per la prevenzione e la diagnosi precoce. Secondo uno studio, ad esempio, solo il 22% dei maschi italiani tra

i 50 e i 70 anni di età conosce il significato del test del PSA, uno dei principali strumenti diagnostici nella lotta al tumore della prostata. Questa percentuale sale invece al 48% negli Stati Uniti. Soltanto il 13% dei maschi in Europa si sottopone al test del PSA.

In Italia aumenta l'incidenza del tumore della prostata ma diminuisce la sopravvivenza, con una differenza notevole rispetto ad altri Paesi europei più avanzati, poiché sopravviverebbe nel nostro Paese al tumore della prostata il 47,4% contro il 54,5% della Spagna, il 61,4% della Francia ed il 71,4% della Svizzera.

La presenza di cellule tumorali nella prostata è sorprendentemente comune,



Il professor Mauro Dimitri

studi autoptici hanno dimostrato che cellule tumorali possono essere scoperte nel 26% degli uomini tra i 30-40 anni di età e nel 38% degli uomini in età compresa tra i 50-60 anni. Altri studi indicano che le differenze globali nell'incidenza non si spiegano con la presenza di fattori genetici: soggetti con la stessa predisposizione genetica che vivono in differenti aree hanno un rischio di sviluppare un tumore della prostata correlato al Paese nel quale risiedono. Le ampie differenze geografiche nell'incidenza clinica del tumore della prostata, unitamente

LE LINEE GUIDA ESSENZIALI PER UN CORRETTA ALIMENTAZIONE

- Dieta a base vegetale
- Abbondanza di frutta e verdura
- Alto contenuto di fibre – cereali integrali e legumi
- Dieta povera di grassi, dando la massima importanza ai grassi “buoni”
- Limitare cereali, farine e zuccheri raffinati
- Bere molti liquidi
- Attività fisica

Tra i fattori ambientali ritenuti determinanti nello sviluppo del tumore della prostata la nutrizione è sospettata di svolgere il maggiore ruolo

alla omogeneità della incidenza di tumori latenti microfocali nel mondo, ha fatto nascere il concetto che i fattori alimentari possono giocare un ruolo importante nella prevenzione e/o progressione della malattia. Nella maggioranza degli uomini con pre-esistente malattia microfocale, la crescita del tumore della prostata è inibita, mentre in alcuni uomini la sua crescita è stimolata. Sembra molto probabile che queste differenze siano solo raramente dovute a fattori genetici. Degli studi eseguiti sugli emigranti negli Stati Uniti provenienti da Paesi con una bassa incidenza del tumore della prostata, come il Giappone e la Cina, mostrano che l'incidenza del tumore della prostata aumenta da 3 a 7 volte, indicando che i fattori ambientali sono la chiave determinante nello sviluppo della malattia.

Tra i fattori ambientali ritenuti determinanti nello sviluppo del tumore della prostata la nutrizione è quella sospettata di svolgere il maggiore ruolo. Nel nord America e nel nord Euro-

pa, l'obesità e la dieta con alto contenuto di grassi animali sono veramente comuni, mentre in Asia la dieta è ricca in fibre e proteina di soia, che contiene fitoestrogeni, e basso contenuto in grassi animali.

Si stima che un terzo dei decessi per tumore nei Paesi sviluppati può essere attribuito alla nutrizione in età adulta, compresi gli effetti della dieta sull'obesità. In più, una dieta sana aiuta ad aumentare i livelli di energia, a facilitare il recupero e a stimolare il sistema immunitario.

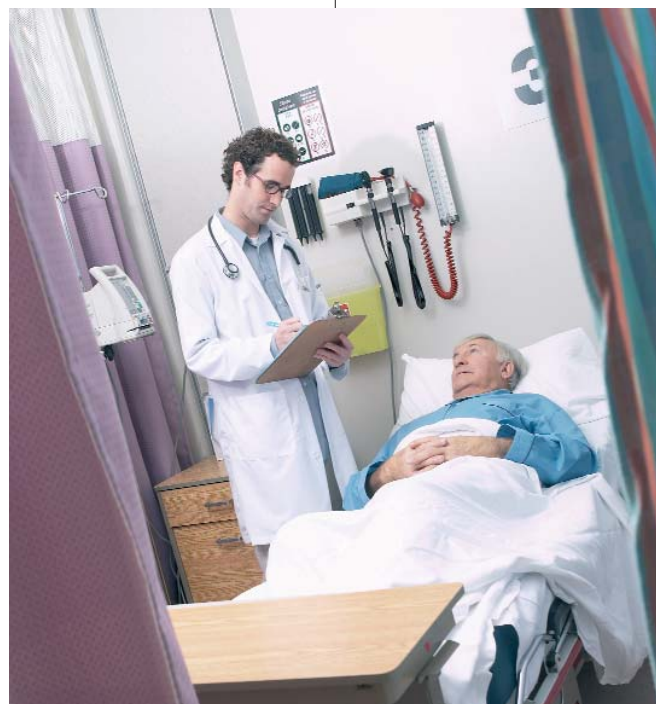
Dati sempre più evidenti, suggeriscono che molti elementi della dieta possono giocare un ruolo importante nella prevenzione e/o progressione del tumore della prostata. Infatti, studi epidemiologici hanno suggerito che la Vitamina E può influenzare lo sviluppo del tumore della pro-

stata. Dopo un tempo medio di 6,1 anni, fu dimostrata una riduzione inaspettata del 32% nell'incidenza clinica del tumore della prostata e una riduzione del 41% della mortalità per tumore della prostata in uomini che avevano ricevuto un supplemento di Vitamina E, rispetto quelli che non avevano ricevuto un supplemento di vitamina. Nello stesso modo si è evidenziato che una dieta con supplemento di Selenio è associata a modificazioni nell'incidenza del tumore della prostata (riduzione del 50% del tumore della prostata in uno studio a doppio cieco). Molti studi clinici sono in corso (per esempio lo Studio di Prevenzione del Tumore Selenio + Vitamina E). Ci sono evidenze che anche altre sostanze sono importanti perchè riducono l'incidenza del tumore

della prostata, quali ad esempio il thé verde, l'aglio, ed un micronutriente il lycopene presente in numerosi alimenti.

In alcuni Paesi, lo screening del tumore della prostata rappresenta uno standard di politica sanitaria, e prevenire piuttosto che curare la malattia rappresenta un obiettivo ideale. Nell'impossibilità di avere uno screening più specifico per quegli uomini realmente a rischio di tumore e morte per tumore della prostata, nei Paesi sviluppati, sembra ragionevole che tutti gli uomini inizino i controlli per la prostata annualmente dai 45 anni di età eseguendo almeno l'esplorazione digito-rettale della prostata (DRE), il test PSA (antigene prostatico specifico) e l'ecografia prostatica transrettale richiesta dall'urologo generalmente ogni 2-3 anni. Infatti sempre più frequentemente dei tumori della prostata vengono diagnosticati in presenza di valori ancora normali di PSA, anticipando così di molto la diagnosi. La prevenzione con DRE e PSA eseguite annualmente ha un significato ancora maggiore dai 40 anni per i pazienti che hanno una storia familiare di tumore della prostata (un padre, un fratello/i). Infine, più del 50% dei pazienti se intervistato dice di usare terapie alternative, nella maggioranza dei casi empiriche: è compito dell'urologo di orientarli correttamente. •

(*) *Presidente World Foundation of Urology*



Il chirurgo, il paziente e il medico legale

di Aurelio Grasso (*)

Sostenere che la scienza medica in questi ultimi anni ha raggiunto traguardi impensabili ed ha marciato in progressione geometrica risulterebbe ripetitivo se non addirittura pleonastico. I livelli raggiunti hanno decisamente travolto le più rosee previsioni di risultati positivi per la salute e determinano francamente un'implicita convenzione che le possibilità scientifiche non abbiano limiti. Se è cambiata progressivamente la scienza medica,

occorre dire che sono cambiati anche i medici e gli stessi pazienti. I primi, per l'imponente massa di mezzi scientifici e di conoscenze messa a disposizione da una ricerca continua impostata sulla solida sperimentazione, per l'enorme possibilità di sperimentazione, per l'enorme possibilità di comunicazione e di trasmissione di dati ed esperienze, per il privilegio che la società più evoluta concede a quegli studi che hanno per oggetto la salute dell'uomo. Ma anche il paziente è cambiato, non è più un oggetto passivo di prescrizioni mediche finalizzate sì alla sua salute ma da altri gestite, bensì un soggetto attivo che pretende partecipare, che intende conoscere, che vuole in definitiva essere il gestore responsabile della propria salute.

In questo contesto la chirurgia ha avuto un impulso particolare, sia modificando di fatto le sue finalità terapeutiche, sia intercambiandosi con altre discipline per ottenere più efficaci risultati terapeutici, sia usufruendo di queste stesse discipline per acquisirne i mezzi tecnici e allar-

gare le frontiere del suo intervento.

Solo qualche decennio fa la chirurgia era sostanzialmente demolitiva e finalizzata alla conservazione della vita dell'individuo trascurando quasi totalmente la qualità effettiva della vita stessa.

Basti pensare all'enorme possibilità che ci hanno dato l'angiocirurgia con l'innesto di tratti vascolari anche importanti, la cardiocirurgia con le sostituzioni valvolari e la chirurgia ortopedica che ha consentito l'impianto di intere articolazioni mediante protesi.

Oggi viviamo addirittura la chirurgia sostitutiva che si realizza con il trapianto di organi. Se la barriera fantascientifica della produzione di organi in vitro verrà superata la chirurgia sostitutiva non avrà davvero confini.

Una rivoluzione tecnica deve considerarsi l'avvento della chirurgia mini invasiva che consente di evitare l'ampia apertura delle pareti che delimitano le grandi cavità che contengono i visceri, apertura già di per se stessa di notevole traumatismo, che condiziona particolari dolori postumi e al-

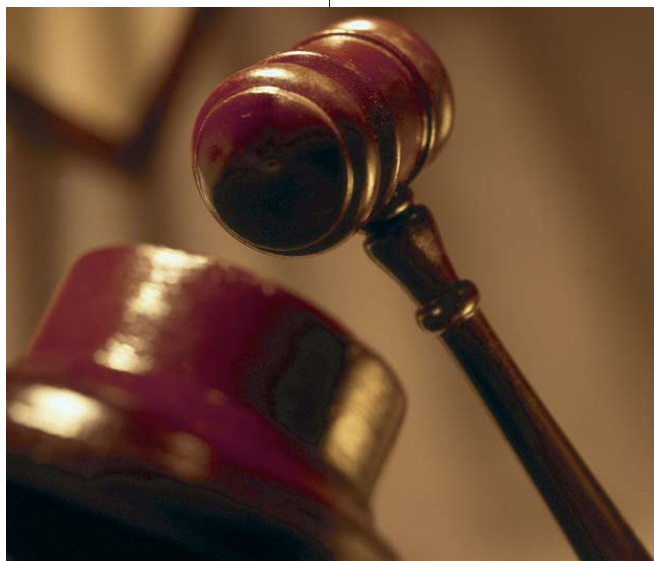
lunga notevolmente i tempi di guarigione. Nuova tecnica che oggi si estende a moltissimi distretti corporei e non soltanto alle grandi cavità.

Le regole della passata chirurgia erano quelle che prevedevano ampie aperture per accedere a campi operatori ben esposti e ben visibili (si diceva "piccolo taglio, piccolo chirurgo!"), mentre ora con le tecniche laparoscopiche il campo operatorio si vede su un monitor a distanza e a distanza si manovrano gli strumenti chirurgici.

E la medicina legale riguardo al concetto di responsabilità professionale? Anch'essa deve attenersi ai tempi, sia nella sua componente medica, per essere sempre a conoscenza dei risultati nel tumultuoso sviluppo scientifico, sia nella componente giuridica, meno duttile è perché il diritto deve certamente seguire lo sviluppo scientifico e civile, ma non può essere modificato altrettanto rapidamente nella sua sostanza, imponendosi rivalutazioni e riadattamenti affinché il valore di questa disciplina nella società abbia sempre ad essere un momento di giusti-

zia. Quindi anche il medico legale deve confrontarsi con le nuove indicazioni e le scelte disponibili per diversi tipi di chirurgia.

Oggi vi è una sorta di stratificazione delle responsabilità in quanto le indagini diagnostiche non appartengono più soltanto all'esecutore dell'intervento, ma sono anche frutto di un lavoro di équipe nel quale ognuno dei partecipanti si assume la responsabilità del ruolo per la parte avuta. Quindi il medico legale deve sapere bene interpretare le conoscenze che comportano la gestione del paziente chirurgico dovendo ben valutare i singoli comportamenti di chi alla gestione partecipa e rilevare il momento effettivo dell'errore che ha compromesso un risultato atteso positivo. E a mio parere nell'ambito chirurgico, il medico legale deve essere anche molto attento quando è chiamato a rispondere sulla presenza o meno delle difficoltà tecniche in un intervento operatorio, ai sensi dell'articolo 2236 del Codice civile, per valutare nel comportamento professionale la ricorrenza della colpa grave.



Proprio per lo sviluppo della tecnica, per l'abilità che oggi viene acquisita soprattutto in centri di alta specializzazione, per l'esperienza appresa nel numero di interventi eseguiti, per la fama e la professionalità di molti chirurghi, non si deve essere indotti a considerare che proprio per questi requisiti si deve intendere che il superamento delle difficoltà operatorie faccia parte di aspetti routinari, come se questi interventi fossero ormai divenuti di difficoltà ordinaria. Occorre ricordare che la difficoltà non nasce solo dal tipo di patologia o dal tipo di intervento, ma anche da ogni intervento, anche il più semplice, può nascondere un'insidia o un imprevisto che malgrado il livello tecnico e la grande specifica preparazione possono indurre in un risultato sfavorevole per più cause quali una situazione locale particolare, una anomalia anatomica, una progressione della patologia non previ-

sta né precedentemente identificata che finiscono per rendere molto difficile un singolo momento nell'esecuzione dell'intervento per il quale l'operatore ha sì una grande e provata preparazione, ma incontra una difficoltà inattesa tecnicamente e di maggiore complessità rispetto a quanto previsto.

Inoltre vi sono difficoltà specifiche rapportabili al soggetto che si deve operare. Ad esempio è ben di diversa difficoltà una laparotomia su un soggetto magro da una su un obeso. Una certa cultura medico legale tende di fatto a considerare superato nel suo significato l'articolo 2236 del Codice civile proprio in considerazione dell'alta tecnica raggiunta dalla scienza medica che sposta a livelli molto più elevati la capacità professionale, ma a mio parere non si è dato il giusto valore alla ratio dell'articolo che non prevede solo la difficoltà nella complessità della prestazione

tecnica precedentemente nota, bensì nella soluzione di "problemi tecnici di speciale difficoltà" e questi problemi possono benissimo essere considerati all'interno della prestazione in ogni singolo atto e non nella preventiva valutazione generale della stessa. Ossia possono rappresentare momenti particolari che determinano una difficoltà la cui soluzione esula dalle normali possibilità e quindi occorre cautela nel valutare tanto la difficoltà quanto l'eventuale colpa grave conseguente.

In sostanza il grande progresso, la tecnica chirurgica eccezionale, i mezzi a disposizione, non devono far dimenticare che siamo sempre di fronte a risposte biologiche diverse da organismo a organismo e che le risposte anomale non sono un fatto puramente statistico, ma sono possibilità conosciute e accettabili nel rischio particolare pur essendo meritevoli delle più accurate e specifiche attenzioni.

Tutto questo impone il coinvolgimento attivo del paziente che deve realizzarsi attraverso un consenso informato che non può essere soltanto l'enunciazione la più estesa possibile di tutte le complicità prevedibili in misura conosciuta statisticamente o di quelle imprevedibili per le quali una statistica diventa ancora molto più difficile, ma deve essere un consenso che nasce da un rapporto collaborativo del paziente con il proprio curante dal

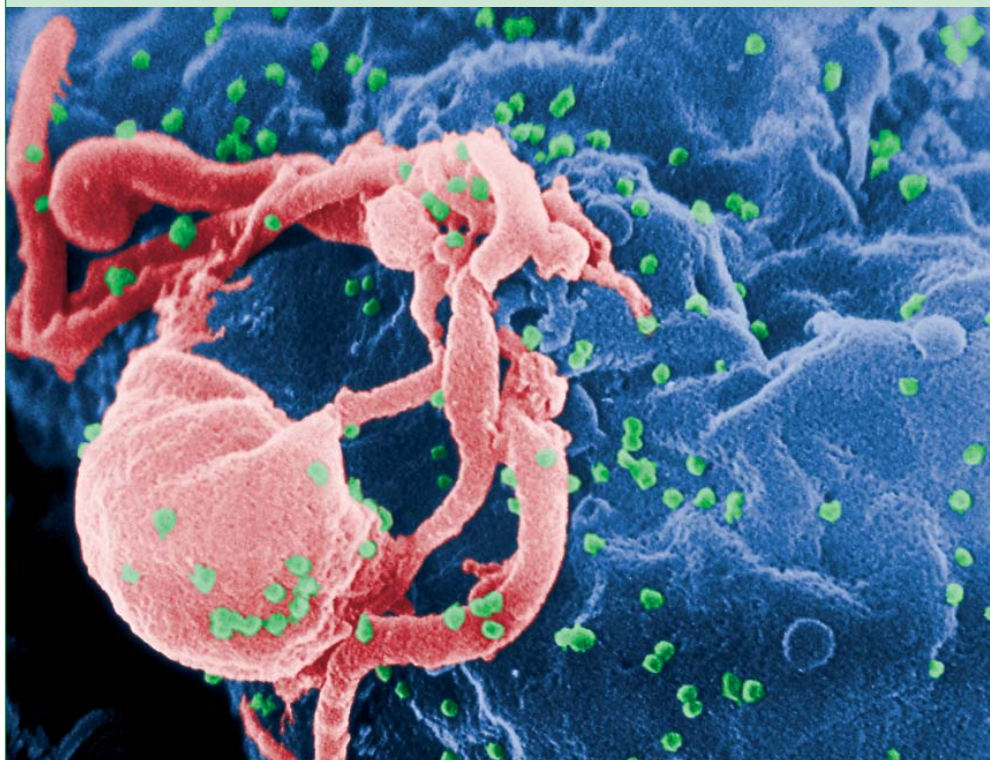
quale il paziente deve avere la corretta informazione su quanto è connesso alla terapia chirurgica che intende intraprendere, sulla possibilità di diverse tecniche chirurgiche o di diverse terapie non chirurgiche alternative, sul decorso che si svolgerà dopo aver subito l'intervento e, forse momento ancora più importante, su quale atteggiamento egli dovrà mantenere per adeguarsi al raggiungimento del miglior risultato della terapia intrapresa.

Ma anche il medico legale deve conoscere queste situazioni se e quando verrà chiamato ad esprimere un giudizio in caso di contenzioso e di conseguenza deve anch'esso acculturarsi e aggiornarsi e conoscere tutti quegli aspetti connessi, sia all'indicazione dell'intervento e alla sua esecuzione, sia ad un decorso post operatorio che si deve svolgere nei limiti prevedibili e sia ancora alla comparsa di complicità non prevedibili.

Quindi anche il medico legale deve aggiornarsi, compararsi e confrontarsi, apprendere ed elaborare quegli elementi che gli possono consentire un parere tecnicamente valido, libero da pregiudizi e preconetti perché fondato sulla conoscenza effettiva di risultati scientifici che pur in continua evoluzione debbono essere acquisiti come una solida base di partenza e sapere rapportarli ai comportamenti sui quali si deve esprimere un giudizio. •

(*) *Consigliere Enpam*

Micrografia elettronica a scansione della gemmazione del virus Hiv-1 da un linfocita in coltura (© CDC/ C. Goldsmith)



Montagnier, Gallo e il virus della discordia

L'assegnazione del Nobel lo scorso ottobre, da noi ricordata nel numero precedente, ha riacceso, com'era prevedibile, le polemiche risalenti agli anni '80. Ritorniamo allora sulla storia della scoperta dell'Hiv

di **Luciano Sterpellone**

Il 5 giugno 1981 la rivista statunitense *Morbidity and Mortality Report Weekly* riportava, in un articolo divenuto ormai storico per la Medicina, cinque pazienti di una "nuova" malattia infettiva deceduti per una polmonite da *Pneumocystis carinii*. Eccezionale era il fatto che tutti presentavano gravi deficit immunitari. Nei mesi successivi la stessa rivista pubblicò numero-

si altri casi, con incerta collocazione nosografica (linfadenite? Sindrome di Kaposi? Infezioni opportunistiche?). E in un primo tempo, data la prevalenza di omosessuali, la nuova malattia fu indicata con l'acronimo di GRID (Gay Related Immuno-Deficiency). Dopo che furono comunicati altri casi (sempre più numerosi) anche dall'Europa e dall'Africa, risultò evidente che l'infezione poteva colpire anche gli eterosessuali,

essere addirittura trasmessa dalla madre al feto, e mettere a rischio categorie di individui come omosessuali, emotrasfusi, tossicodipendenti, tecnici di laboratorio, dentisti e medici a contatto con questi malati. Per di più, considerando che era intimamente legata a un deficit immunitario, le fu dato nel 1982 il nome di Aids-Acquired Immuno-Deficiency Syndrome (in francese Syndrome d'Immuno-Déficience Acquisée, in spagnolo Sindo-

me de InmunoDeficiencia Adquirida, Sida).

Ora, se da un lato miglioravano di giorno in giorno le conoscenze sugli aspetti patogenetici e clinici della nuova sindrome, dall'altro si tentava invano di individuarne le cause. Delle relative ricerche si interessarono soprattutto Luc Montagnier, dell'Istituto Pasteur di Parigi, e Robert Gallo, del National Cancer Institute di Bethesda (Maryland).

Nell'ormai certezza che la malattia era di natura virale, ebbero inizio i tentativi per individuare il virus responsabile. Da parte sua Gallo indirizzò le ricerche su alcune specie di retrovirus da lui scoperte nel 1978, in grado di infettare l'essere umano. Inizialmente fu anche sospettato qualche virus che aggredisce i "linfociti T-helper" circolanti (che in realtà risultavano drasticamente ridotti in quei pazienti). Il primo ad essere preso di mira fu il *Cytomegalovirus* (Cmv), che era stato reperito nel liquido seminale di alcuni pazienti. Tuttavia, il reperto degli anticorpi verso di esso non era costante in tutti i casi studiati e, viceversa, molti soggetti con alti livelli di anticorpi anti-Cmv

**In base
ad un accordo
le future royalties
sarebbero
state spartite
tra il governo Usa
e l'Istituto Pasteur**

Nella guerra contro l'Aids una delle vittime è stata la verità scientifica

nel siero non mostravano alcun segno di malattia.

I sospetti caddero allora su altre classi di virus, gli "adenovirus" e i "virus dell'epatite B". Alcuni ricercatori azzardarono addirittura l'ipotesi di un virus proprio degli animali che si sarebbe improvvisamente adattato all'uomo, quale ad esempio il "virus della peste suina", che secondo una fantasiosa versione sarebbe stato "ingaggiato" dalla Cia in vista di una micidiale "guerra batteriologica".

La via giusta l'avrebbero trovata nell'estate del 1981 D. Francis, virologo di Atlanta, e M. Essex, i quali ipotizzarono che responsabili dell'Aids fossero i "retrovirus", così chiamati in quanto contengono un enzima, la transcriptasi inversa (scoperta da H.M. Temin, premio Nobel 1975 con R. Dulbecco e D. Baltimore): nella cellula in cui è penetrato, questo virus è capace di invertire ("retro") il flusso normale dell'informazione genetica del Rna in Dna.

Anche se l'ipotesi dei retrovirus Htlv si rivelerà errata, essa risultò nondimeno di stimolo al prosieguo delle ricerche.

Stava intanto per aver inizio una vivace disputa tra ricercatori francesi e statunitensi, che avrebbe presto assunto un carattere sem-

pre più aspro e burrascoso, divenendo un vero "giallo" con colpi di scena a ripetizione e attimi di rovente contrapposizione tra i due schieramenti.

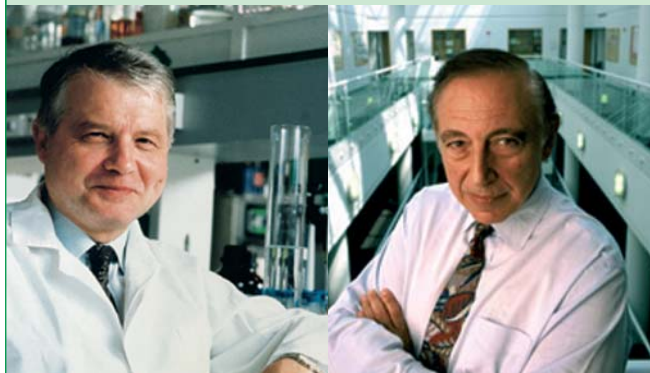
Molto in succinto, tutto ebbe inizio nel 1983 all'Hopital Bichat di Parigi quando, nelle ricerche iniziate l'anno prima nel tentativo di isolare il virus, Montagnier e collaboratori scoprirono nella biopsia del linfonodo di un paziente con linfadenopatia generalizzata un virus, che ritennero subito responsabile dell'Aids, denominandolo Lav (Lymphopathy Associated Virus). Questa scoperta fu confermata l'anno dopo dal team di Gallo, il quale quindi "avrebbe riscoperto" il virus, che chiamò Htlv (successivamente, una Commissione per la nomenclatura virologica sancirà la nuova denominazione del virus di Montagnier come Hiv (Human Immunodeficiency Virus).

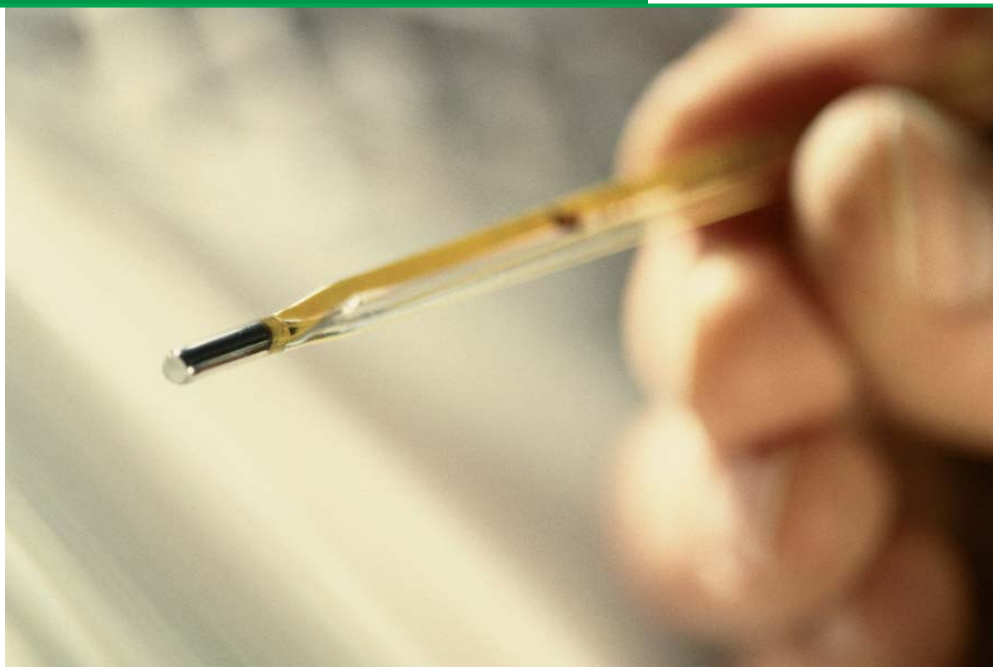
Il problema di fondo della sempre più incandescente controversia tra le due Scuole, con tanto di denunce e battaglie legali, non era tanto o soltanto a chi dovesse

essere riconosciuta la priorità della scoperta del virus, quanto a chi dovessero andare i favolosi profitti che sarebbero immancabilmente derivati dalla messa a punto e dalla commercializzazione dei test di laboratorio per lo screening e la diagnosi dell'infezione, nonché dai farmaci e vaccini realizzati nel futuro per combattere quella che veniva ormai detta "la peste del XX secolo". E gli interessi erano tali e tanti che per comporre la vertenza dovettero intervenire nientemeno che il presidente Usa Ronald Reagan e il primo ministro francese Chirac: fu firmato un accordo politico in virtù del quale le future royalties dei test di determinazione degli anticorpi - ufficialmente definito "invenzione comune" dei due ricercatori - sarebbero state equamente spartite tra il governo Usa e l'Istituto Pasteur. Entrambe le parti avrebbero però dovuto versarne l'80 per cento (sino al 2002) nelle casse di una Fondazione comune per le ricerche sull'Aids. Pian piano, nel tempo, la situazione è sembrata placar-

si; ma di tanto in tanto, a ogni clamorosa riappacificazione pubblica, segue una nuova frattura tra i due protagonisti e i componenti dell'una e dell'altra équipe, che continuano a battersi. Poi di nuovo il disgelo, con una collaborazione sempre più stretta, attualmente finalizzata soprattutto alla realizzazione di un vaccino per prevenire e combattere la terribile malattia che sta estendendosi a macchia d'olio specie nei Paesi poveri o emergenti. E proprio negli ultimi mesi, con l'assegnazione del premio Nobel 2008 per la Medicina a Luc Montagnier "per la sua scoperta del virus HIV" sono rimasti delusi i molti che si attendevano un pericoloso ritorno di fiamma e una rabbiosa reazione da parte di Gallo: ma con grande senso di responsabilità e una buona dose di *savoir-faire*, lo scienziato ha mantenuto - pur se comprensibilmente a malincuore - un atteggiamento saggio ed equilibrato, ricordando anzi che "ogni conquista della Scienza medica va comunque sempre a vantaggio di chi soffre". Nobilissime parole, profonde e sentite come quelle che udii qualche anno fa in occasione del Congresso mondiale sull'Aids di Vancouver, quando alla richiesta di un breve commento sulla "disputa transoceanica" allora in un momento di stasi, dichiarò testualmente con una certa amarezza: "Nella guerra contro l'Aids una delle prime vittime è stata la verità scientifica". •

A sinistra, Luc Montagnier, dell'Istituto Pasteur di Parigi, e, a destra, Robert Gallo del National Cancer Institute di Bethesda (Maryland).





Influenza stagionale: patologia sottovalutata?

Il nostro Paese si sta preparando come ogni anno ad affrontare l'epidemia stagionale di influenza. Ma, come ogni anno, l'epidemia viene vissuta come un evento inevitabile, quasi fosse un fatto meteorologico contro cui poco o nulla si può fare

L'Enpam si è fatto promotore di una conferenza stampa per informare l'opinione pubblica sulla necessità di vaccinarsi contro l'influenza. Presentati dal prof. Eolo Parodi, presidente dell'Enpam e libero docente in Igiene, sono intervenuti di fronte ad una nutrita platea di giornalisti della carta stampata e delle televisioni, illustri studiosi e il sottosegretario alla Salute Ferruccio Fazio. Hanno preso la parola, oltre al sottosegretario, il prof. Pietro Crovari, considerato uno dei maggiori esperti di epidemie influenzali, il prof. Aurelio Sessa, responsabile per l'Influenza della Società italiana di medicina generale. La conferenza stampa si è conclusa con l'intervento del prof. Walter Pasini (autore dell'articolo), direttore dell'European Centre for Global Health.

di Walter Pasini (*)

Esiste un'ampia sottovalutazione dei rischi da influenza che viene percepita dalla popolazione come malattia benigna, mancando ad essa una valutazione d'insieme in termini di morbilità e mortalità su scala nazionale. L'influenza ha invece un notevole impatto sociale se si considerano le assenze da scuola o da lavoro, i ricoveri ospedalieri per complicanze respiratorie e cardiovascolari e il non trascurabile tasso di mortalità. Secondo l'Isti-

tuto Superiore di Sanità, l'eccesso di mortalità che si riscontra ogni anno in Italia durante il periodo influenzale è di 8000 unità (l'84% si verifica nei soggetti con età superiore ai 65 anni). I morti dovuti a polmoniti come complicanza di una malattia influenzale sono intorno a 1000 ogni anno. Tale sottovalutazione da parte della pubblica opinione condiziona inevitabilmente l'opera degli amministratori pubblici chiamati a fare scelte su scala nazionale o regionale ed a decidere ad esempio le categorie di persone cui offrire gratuitamente il vaccino. Curiosamente, la percezione del rischio per il singolo individuo e la collettività è bassa anche nei medici poiché anche i medici si vaccinano poco, mentre questi dovrebbero tutelare se stessi ed i propri pazienti con la vaccinazione. In particolare, tutto il personale sanitario che opera negli ospedali, nelle case di cura e negli istituti di lunga degenza deve assolutamente vaccinarsi contro l'influenza per prevenire epidemie in luoghi che, ricoverando soggetti malati e spesso defedati, possono essere facilmente luoghi di epidemie. Anche tra i pediatri ed i medici di famiglia la percentuale di vaccinati è insufficiente; eppure gli uni e gli altri vengono a contatto quotidianamente con pazienti dai quali potrebbero essere infettati o che potrebbero infettare. È difficile dare

un'interpretazione a tale comportamento. Probabilmente essi non credono abbastanza nell'efficacia del vaccino o più probabilmente perché è carente in genere nei medici la cultura in materia di tutela della salute pubblica. Il medico di Medicina generale viene oggi però sempre più coinvolto nelle campagne vaccinali - anche grazie al ruolo della Simg- per il suo insostituibile ruolo di educatore e di promotore di salute individuale e pubblica e tale coinvolgimento darà certo i suoi frutti.

L'influenza stagionale 2008-2009 si presenta minacciosa perché ci si aspetta che i ceppi circolanti siano nuovi. Il vaccino raccomandato dall'Oms sulla base dei campionamenti effettuati agli inizi del 2008 da una rete internazionale di laboratori contiene in forma inattivata i seguenti virus: A/Brisbane/59/2007(H1N), A/Brisbane/10/2007(H3N2), B/Florida/4/2006.

Gli Stati Uniti prendono seriamente la prossima epidemia stagionale di influenza considerando che saranno prodotte negli Usa 143-146 milioni di dosi di vaccini anti-influenzali. Secondo l'European CDC, l'Agenzia dell'Unione Eu-

L'influenza stagionale si presenta minacciosa perché ci si aspettano nuovi ceppi circolanti

ropea con sede a Stoccolma, il 25% degli Europei potrebbe esserne colpito. È comunque sempre difficile prevedere la severità, il periodo del picco e la lunghezza del periodo epidemico di ogni influenza stagionale. Molto dipende dalla corrispondenza tra i virus influenzali effettivamente circolanti e quelli contenuti nel vaccino che viene preparato come è noto a partire dal momento in cui l'Oms dà alle Aziende farmaceutiche l'indicazione della composizione del vaccino, ciò che avviene in febbraio. Nel frattempo i virus in questione possono subire mutazioni o possono comparirne di nuovi. Quando vi è corrispondenza tra virus circolanti e quelli contenuti nel vaccino, l'efficacia di quest'ultimo è del 70-90%. L'anno in cui non si è verificata una buona corrispondenza è stato il 1997-98 ed in misura minore il 1992-93, il 2003-04, ed il 2007-08.

Oggi esistono in commercio numerosi vaccini adiuvati. L'evidenza clinica ha dimostrato che alcuni adiuvanti ampliano lo spettro della risposta immunitaria con un effetto

di "cross-protection". Essi sono particolarmente indicati negli adulti, specie negli anziani.

La CDC di Atlanta ha individuato una strategia per affrontare la prossima epidemia stagionale basata sullo slogan "Take 3" Steps to Fight the Flu".

Le tre azioni cui si riferisce la CDC sono la vaccinazione, il comportamento individuale e gli antivirali. Vediamole.

1) Il presidio più importante è - come si diceva - la vaccinazione. Essa viene raccomandata dalla CDC ai bambini dai sei mesi ai 19 anni, alle donne gravide, agli uomini di età superiore ai 50 anni, alle persone di qualsiasi età che soffrono di malattie croniche, alle persone che vivono in ospizi o in altri istituti di ricovero, agli operatori sanitari, alle persone che vivono in stretto contatto con soggetti ad alto rischio di complicazioni.

2) Per la CDC, il secondo presidio per contrastare l'influenza consiste nell'adottare un comportamento adeguato: evitare il raffreddamento, ridurre la presenza nei luoghi affollati, coprire il naso e la bocca quando si tossisce o starnutisce, lavare spesso le mani con acqua e sapone o salviette umide specie dopo aver tossito o starnutito, non portare le mani alla bocca, naso ed occhi, evitare o limitare stretti contatti con individui malati. Quando si è malati, restare a casa da scuola o dal lavoro, limitando nel

limite del possibile i contatti con gli altri membri del nucleo familiare.

3) Il terzo presidio cui la CDC fa riferimento sono gli antivirali, inibitori delle neuroaminidasi come il Tamiflu. Gli antivirali non devono essere considerati un sostituto al vaccino, ma un presidio sanitario aggiuntivo.

Essi impediscono la replicazione del virus nel corpo del soggetto infetto. Essi possono attenuare la severità della malattia, anticipare la guarigione e prevenire serie complicazioni. Per quest'ultimo motivo, essi sono da considerarsi particolarmente importanti nelle persone ad alto rischio. Per renderli sicuramente efficaci e per evitare o ridurre il fenomeno della resistenza essi devono essere assunti - quando vengono impiegati per il trattamento - nei primi due giorni dall'inizio dei sintomi (febbre, cefalea, secrezioni nasali, spossatezza, tosse secca, dolori muscolari, mal di gola).

L'utilità degli antivirali è particolarmente importante nei soggetti con scarsa risposta alla vaccinazione, nei soggetti anziani o a rischio di altre patologie (diabetici, cardiopatici o persone con problemi respiratori), nella popolazione pediatrica e soprattutto nei soggetti istituzionalizzati dove è giustificato pensare agli antivirali anche in termini di prevenzione. •

(*) *Direttore
European Centre
for Global Health*

**La strategia
contro l'epidemia:
vaccinazione,
condotta adeguata,
antivirali**

Spinometria, nuova frontiera per diagnosi e terapie

La biofisica, i campi bioelettrici e la luce ottica, possono portare grandi avanzamenti alla medicina sia in termini diagnostici che terapeutici. Un'informazione puntuale sulla "Cenerentola" della medicina può aiutare il medico a valorizzare la propria professione

di Daniele Romano

Affrontiamo l'innovazione della spinometria utilizzata per analizzare la postura con il professor Stefano Negrini, brillante carriera di studi, ricerche e insegnamento universitario, attualmente Direttore Scientifico di ISI-Co (Istituto scientifico italiano colonna vertebrale - Milano).

"Una definizione di postura – riferisce il professor Negrini - è la posizione del corpo nello spazio determinata dal rapporto tra le sue varie parti. L'ambito della valutazione della postura è oggetto di studio da decenni. Classicamente si è sempre pensato che la radiografia fosse il gold standard di riferimento. Non è vero. La radiografia ci offre una visione statica di un fenomeno dinamico: la postura varia istantaneamente sulla base della tendenza costante del corpo umano a cadere cui si contrappongono processi di anticipazione e di reazione continuativa basati sul riflesso da stiramento. Quindi la radiografia, oltre ad essere invasiva, non è l'es-

me migliore per conoscere la postura. Da alcuni anni esistono altri strumenti, tipicamente basati su una analisi di superficie, con o senza l'applicazione di marker, che proprio della valutazione accurata della postura e del movimento fanno la loro forza.

Questi sono stati applicati per esempio per la valutazione del cammino, ma anche nel campo della valutazione del tronco. Recentemente è stato introdotto il termine di spinometria per la tecnica basata sul Sistema Formetric, che ha il pregio di essere rapido e totalmente non invasivo".

La spinometria utilizza la "Video-Raster-Stereografia", con bande di luce con la tecnica della triangolazione, applicata anche per la misurazione delle montagne.

Tecnica basata sul Sistema Formetric che ha il pregio di essere rapido e totalmente non invasivo

Si visualizza tridimensionalmente la colonna, analizzando la postura nella quarta dimensione, il tempo: viene calcolato il valore medio di una sequenza di fotografie; la possibilità di una rilevazione con esame di postura, vedendo le alterazioni della colonna vertebrale come in un film (test di Mathias, test di Romberg, test di Trendlenburg); la possibilità di una rilevazione dinamica, vedendo la colonna vertebrale in movimento. In ogni fase sempre con dati precisi, ripetibili e comparabili.

Una metodica sviluppata con progetto Europeo. Altri strumenti facilitano ulteriormente l'esame posturale (esame sincrono con pedana baropodometrica e stabilometria).

Quali sono i vantaggi della metodica "spinometria formetric" rispetto alle normali radiografie?

"Questi sistemi consentono il miglior monitoraggio possibile della postura e di tutte le tecniche di trattamento posturale, mentre non si possono sostituire, ma solo affiancare alla radiografia, quando si inten-



Il prof. Stefano Negrini

de monitorare l'andamento della deformità ossea e dei trattamenti che si pongono come obiettivo di agire su questa. I nostri studi hanno peraltro dimostrato che in caso di dorso curvo (ipercifosi, sia del bambino che dell'anziano) questi sistemi offrono risultati addirittura più attendibili della radiografia per un motivo squisitamente tecnico, in quanto la radiografia obbliga a spostare le braccia per consentire di vedere la colonna e quindi modifica la postura, cosa che non avviene con il sistema Formetric".

In sostanza una colonna deformata è tridimensionale e non bidimensionale come le lastre: con la spinometria si misura la funzione e non la statica (morfologia).

La spinometria Formetric apre nuovi orizzonti. Perché e come viene valorizzata la professionalità del medico?

"La valutazione della postura è inevitabilmente una valutazione multifattoria-

le che richiede la competenza del medico. Nessun esame offre oggi una valutazione completa ed omnicomprensiva di questo sistema, e tutti gli esami richiedono di base prima una diagnosi medica che consenta di comprendere se esiste la deformità ossea o un'altra patologia. In seguito la spinometria può consentire di monitorare al meglio trattamenti in corso in alcune patologie specifiche (tutti i dorsi curvi e le gravi scoliosi con compromissione dell'assetto sagittale). Se invece si tratta di un problema puramente posturale, allora la spinometria può essere un esame di elezione".

In altri Paesi europei la spinometria Formetric rientra nel Servizio Sanitario Nazionale, come in Germania. Da noi qual è la situazione?

"Oggi questi esami sono rimborsati solo parzialmente dal Sistema Sanitario Nazionale. D'altra parte è necessaria una definizione di fondo, oggi faticosamente in corso con il processo attivato con i LEA, su ciò che è rimborsabile e ciò che non lo è. Laddove si tratta solo di postura si parla soprattutto di prevenzione e solo collateralmente di trattamento. Laddove si tratta invece di deformazione vertebrale si parla di pato-

logia e quindi anche di trattamento. La spinometria potrebbe quindi in alcuni ambiti avere potenzialità per essere rimborsata anche completamente; in altri invece no. Tutto dipende dalla diagnosi".

Tra le innovazioni terapeutiche sul riequilibrio posturale, misurabile con la spinometria, interessante è la sperimentazione triennale dell'Università di Siena, Dipartimento di Scienze Oftalmologiche e Neurochirurgiche, eseguita su di un apparato per auricoloterapia e trattamento somatico locale, denominato ElkMed EBS 2060. Si tratta di un dispositivo medico elettronico, frutto di un'analisi scientifica relativa allo sviluppo dei sistemi ondulatori di emissione di energie elettromagnetiche per il trasferimento e l'attribuzione di energie a bassissimo livello ai tessuti viventi in modo non invasivo. L'apparato era stato richiesto inizialmente per le disfunzioni posturali, propriocettive e per i bambini con disfunzioni oculari, per poter eliminare i prismi posturali e gli esiti sono andati ben oltre in diversi campi di applicazione.

Scriva infatti il prof. Claudio Malpassi: "Tenendo conto della facilità operativa e dall'assenza di effetti negativi e collaterali, ciò fa pensare di sostituire all'ago la macchina nelle terapie di Auricoloterapia, in tutti i campi di applicazione e le patologie ad essa ri-



ferite. L'effetto di riequilibrio e di normalizzazione posturale è immediato e permane nel tempo. La strumentazione agisce sistematicamente sulla percezione spaziale, probabilmente confermando l'interessamento del sistema propriocettivo. La normalizzazione dei test è esattamente la stessa sia con i prismi posturali che con lo strumento. Questo anche per quello che riguarda le difficoltà percettivo-spaziali. Inoltre in tutti i soggetti trattati c'è stata anche una ricaduta sul piano emozionale e cognitivo".

Ed ora, dopo 3 anni, il Policlinico Santa Maria alle Scotte (Ospedale e Azienda Universitaria senese) utilizza l'apparecchiatura in modo ufficiale ai fini terapeutici.

EBS, una terapia sottoposta ad indagini su vasta scala, per essere validata su basi statistiche e scientifiche. •



Qualità e assistenza, il Manifesto dei pazienti

Arriva da Bruxelles la voce dei pazienti europei, che chiedono più impegno per l'eguaglianza d'accesso, l'informazione e il coinvolgimento nelle politiche sanitarie.

Il diritto di ricevere diagnosi e cure in tempi ragionevoli

di Matteo Di Paolo Antonio

Il documento si intitola “150 milioni di ragioni per agire”, e in esso ci sono delle nuove proposte per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in tutta l'Unione Europea. Il Manifesto è stato presentato al Parlamento Europeo e alla Commissione Ue, a settembre, dall'Epf (European Patients' Forum), la più grande associazione europea di pazienti, che conta oltre 150 milioni di malati. Tutti gli operatori sanitari concordano sul fatto che il paziente deve essere al centro della sanità e perciò le associazioni dei pa-

zienti auspicano un coinvolgimento della classe politica. Proprio per questo nasce l'intergruppo Epf, che ha come obiettivi primari quelli di: 1) provvedere ad una più efficace rappresentazione degli interessi dei pazienti a livello europeo; 2) discutere argomenti europei e internazionali e prendere iniziative che possono portare o influenzare determinate iniziative politiche; 3) partecipare concretamente per raggiungere risultati e influenzare le iniziative politiche europee. L'associazione rappresenta pazienti affetti da patologie quali carcinoma mammario, Hiv/AIDS, Alzheimer,

Sclerosi multipla, Psoriasi e molte altre; lavora con altri operatori sanitari come professionisti nell'ambito sanitario, politici, farmacisti e si incontra almeno sei volte l'anno a Bruxelles.

Dalle richieste espresse nel documento emerge la figura di un paziente che non vuole più solamente essere curato, ma vuole anche comprendere e partecipare alle decisioni sui trattamenti che deve subire oltre che avere voce in capitolo sulle politiche nazionali per la sanità nei diversi Paesi e a livello comunitario. Per rendere possibile questo però, sostiene l'Epf, le istituzioni europee devono migliorare

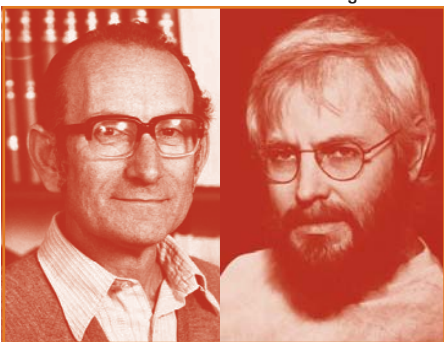
il livello di informazione offerta ai pazienti e stanziare dei fondi a questo scopo. Il Forum chiede dunque che i malati vengano coinvolti maggiormente nella definizione delle politiche sanitarie sia a livello europeo che nazionale. Il Manifesto affronta anche il tema dell'equità dei trattamenti forniti ai pazienti e del diritto di ricevere diagnosi e cure in tempi ragionevoli. In particolare, si occupa della vulnerabilità di alcune categorie di malati, come i più anziani e gli appartenenti a minoranze etniche, che rischiano di subire un approccio discriminatorio. Sono le fasce più deboli della popolazione che, però, devono avere uguali diritti di accesso al sistema sanitario. Particolare attenzione dovrebbe andare, secondo l'Epf, ai tanti malati cronici che per tutto il corso della loro vita hanno bisogno anche di supporto psicologico, soprattutto quando la loro malattia ne provoca l'esclusione sociale.

Le proposte contenute nel documento nascono dalle opinioni espresse dagli iscritti e puntano soprattutto a ridurre la diffusa “ignoranza sanitaria”. Per questo l'Epf chiede che le associazioni dei pazienti ricevano i fondi necessari. Un ultimo impegno per il Forum: il 18 aprile dovrebbe diventare la “Giornata dei diritti dei pazienti europei”, cioè l'occasione di accendere i riflettori sulle questioni più preoccupanti. •



Cesar Milstein

Georges Kohler



10 DICEMBRE 1984

Premio Nobel per la medicina, per le ricerche sul sistema immunitario, all'inglese Niels K. Jerne, all'argentino Cesar Milstein ed al tedesco Georges Kohler

2 DICEMBRE 1982

Negli Stati Uniti, presso l'Università dello Utah, viene per la prima volta impiantato un cuore interamente artificiale.



Jaruzelski

13 DICEMBRE 1981

In Polonia il generale Jaruzelski, per fermare le manifestazioni del sindacato Solidarnosc, proclama la legge marziale.

Dicembre e le sue storie...

Un errore è tanto più pericoloso quanta più verità contiene.

**Henri Frédéric Amiel,
Frammenti di un diario intimo**



10 DICEMBRE 1977

Premio Nobel per la pace assegnato ad Amnesty International.

12 DICEMBRE 1969

Nella sede della Banca dell'Agricoltura in Piazza Fontana a Milano esplode



1 DICEMBRE 1922

A Chicago Louis Armstrong si esibisce per la prima volta in concerto prendendo parte all'orchestra jazz di King Oliver.



una bomba. Il tragico episodio dà il via alla "strategia della tensione".

29 DICEMBRE 1937

Proclamazione di indipendenza per l'Irlanda: il paese fa proprio l'antico nome celtico Eire.

7 DICEMBRE 1926

L'Ungheria si aggiudica il primo torneo internazionale di ping pong e diviene così campione del mondo.

30 DICEMBRE 1922

Viene istituita a Mosca l'Unione delle repubbliche socialiste sovietiche (URSS).

15 DICEMBRE 1911

Roald Amundsen è il primo a raggiungere il Polo sud.

11 DICEMBRE 1909

A New York viene presentato per la prima volta un film a colori.

Si può vincere anche la paura

“Mi chiamo Melania, sono un medico e sono guarita dal cancro.” Comincia così il libro di Melania Rizzoli, che scopre nel 2001 di essere affetta da un linfoma non-Hodgkin. La storia di una battaglia raccontata dal punto di vista privilegiato di chi è paziente ma anche clinico con esperienza in campo oncologico. Un libro sulla speranza, il cui scopo è trasmettere un messaggio: di cancro si può anche guarire

di Ludovica Mariani

A dicembre le verrà consegnato il prestigioso premio Minerva quale riconoscimento al suo impegno nella lotta ai tumori. Lei, Melania De Nichilo Rizzoli, è una donna che ha vissuto sulla sua pelle la malattia, e l'ha sconfitta. Medico internista, vice presidente dell'Associazione italiana contro le leucemie-linfomi e mieloma (Ail) e dopo le recenti elezioni deputato del Pdl, Melania Rizzoli ha scritto un libro dal titolo emblematico *Perché proprio a me?*

Molte forme tumorali sono guaribili e molte vengono cronicizzate anche per diciotto o venti anni

dove racconta la sua storia, dalla scoperta della malattia fino alla sua guarigione. Un successo letterario difficilmente prevedibile dato l'argomento affrontato.

Come si spiega il successo di un libro che racconta di una malattia?

Sembra inspiegabile in effetti, perché per un libro così, che parla di cancro pensavo che la gente si sarebbe fatta il segno della croce e sarebbe scappata via. Invece c'è stato un passaparola tra malati e non – la paura del cancro è sempre in agguato – perché è un libro pieno di speranza e fin dalla prima riga capisci che è una storia a lieto fine perché io scrivo: “Mi chiamo Melania, sono un medico e sono guarita dal cancro”.

Il premio è un altro riconoscimento al suo impegno? Il primo dicembre a Roma alla Galleria Doria Pamphilj riceverò il premio Minerva – Donna dell'anno ed è un riconoscimento che mi ren-

Melania Rizzoli *Perché proprio a me?*

Come ho vinto la mia battaglia per la vita

Prefazione di
Umberto Veronesi



Sperling & Kupfer

de felice. Perché questo è un anno speciale per me. È uscito il mio libro e lo stesso giorno sono entrata per la prima volta in Parlamento. Posso dire che oggi la vita mi sta restituendo quello che mi ha tolto nei tre anni di malattia.

Tornando al libro - i cui proventi sono interamente devoluti all'Ail - la sua forza oltre che nel racconto è sicuramente nella capacità di comunicare un percorso di guarigione.

Vede io non sono una scrit-

trice e neppure una giornalista. Questo libro l'ho scritto di getto come se raccontassi la mia storia a un'amica. Quello che colpisce però è il punto di vista privilegiato perché io scrivo da paziente ma commento da medico, quindi spiego. E spiego tutto quello che succede quando si è colpiti dal cancro, i rischi che si corrono e come evitarli. E poi c'è la storia forte di una malattia, di una terapia che pensavo mi avesse guarita, del ripresentarsi del male dopo un

anno e di una nuova terapia molto pesante, per arrivare al trapianto delle cellule staminali che mi ha guarita.

Quindi si può guarire dal cancro.

Mi arrabbio molto quando sui giornali leggo ancora "morto di un male incurabile". Il cancro è curabile, in molti casi anche guaribile. Per la terapia delle staminali del sangue ad esempio ci sono centri all'avanguardia in tutto il nostro Paese, io mi sono curata in Italia e sono guarita pur avendo avuto la stessa malattia che ha portato alla morte Jacqueline Kennedy Onassis. La medicina da allora ha fatto passi da gigante e oggi molte forme di tumore sono guaribili e molte vengono cronicizzate anche per diciotto o venti anni.

Ci può parlare della sua doppia esperienza di medico e paziente?

Devastante all'inizio. Mi sono ritrovata ad essere un paziente competente in medicina che oltretutto aveva lavorato per dieci anni in oncologia. Sapevo tutto quello che mi aspettava, dal giorno in cui sarebbero cominciati a cadermi i capelli alle complicanze che avrei potuto avere, ai rischi che potevo correre. Il periodo più difficile è stato quello della aplasia midollare. Prima del trapianto si è sottoposti a una chemioterapia fortissima che distrugge il tuo midollo. Si resta a midollo zero, esposti a qualsiasi tipo di infezione perché senza difese immunitarie. Ma l'essere medico mi ha aiutata anche a valutare

Gli anticorpi monoclonali rendono possibile lo sviluppo di farmaci "intelligenti" che colpiscono solo le cellule tumorali

una diagnosi errata, perché è successo anche questo e io nel libro lo racconto. Ora che sono in Parlamento intendo presentare una legge che impone l'esame istologico prima di iniziare una qualsiasi terapia perché molti sono gli errori in medicina interna.

Che cosa pensa della medicina in Italia?

Come ho detto abbiamo Centri di eccellenza davvero invidiabili. Purtroppo siamo carenti nella ricerca ed è gravissimo. Perché se io oggi posso fare questa intervista, ad esempio, lo devo al progresso della scienza e della ricerca. Dobbiamo anche noi fare uno sforzo per incrementare i fondi alla ricerca. Purtroppo in momenti di crisi economica si tagliano le risorse alla sanità e alla scuola. Per questo sono

stata felice di apprendere che il futuro presidente degli Usa aumenterà i fondi destinati alla ricerca proprio sulle cellule staminali di cui io sono da sempre una grande sostenitrice. È la più grande scoperta da cinquanta anni a questa parte. I progressi sono stati enormi in campo ingegneristico, come le macchine per la diagnostica e la chirurgia endoscopica. Le uniche vere scoperte sono appunto le cellule staminali e gli anticorpi monoclonali che rendono possibile lo sviluppo di farmaci "intelligenti" che colpiscono solo le cellule replicanti tumorali lasciando vive quelle sane. Entro dieci anni questi farmaci sostituiranno completamente la chemioterapia.

Come porta la sua esperienza di medico in Parlamento?

Ho presentato una proposta di legge per la raccolta automatica di staminali ogni volta che nasce un bambino. È assurdo che ancora oggi si butti il cordone ombelicale o lo si venda alle case cosmetiche per farne stupide creme. È una fonte preziosa di staminali che può servire a salvare vite. Per questo sono convinta che il sangue derivante dai cordoni ombelicali debba essere raccolto automaticamente alla nascita, ma solo per donazione e non per conservazione autologa. C'è uno studio americano che dimostra come la conservazione personale, cioè il bancaggio del sangue del cordone ombelicale sia inutile. Su 700 mila bambini in America ne hanno usato uno. La possibilità che lo stesso soggetto che ha donato ne abbia subito bisogno sono minime e se dovesse ammalarsi dopo venti anni le staminali non sono più utilizzabili. Quindi serve solo donarlo perché il sangue deve essere fresco e attivo. Un'altra proposta di legge che intendo presentare è quella sui donatori di sangue, un atto di generosità di uomini e donne che salva la vita a tante persone. Lo Stato si avvantaggia di queste donazioni e credo andrebbero "premate" con dei benefit. Trasporti gratuiti, bus, treni, pedaggi autostradali oppure entrate al cinema o ai musei, qualcosa insomma che rappresenti un riconoscimento da parte dello Stato a questo atto di grande generosità che è donare il proprio sangue. •



I proventi delle vendite del libro sono interamente devoluti all'Ail

Cesare Lanza, una vita a cento all'ora



Cesare Lanza

Sette edizioni di *Domenica In*, un felice *Sanremo* 2005 e il *Festival* 2009 in gestazione, *Buona domenica*, *La talpa*, la neonata

Questa domenica: sono solo alcuni dei programmi televisivi firmati dal giornalista e sceneggiatore. Che puntualmente incollano gli italiani alla tivù. E ora è nota anche la sua Accademia Studio 254

di Paola Stefanucci

Nell'anagrafe della storia del giornalismo il nome Cesare Lanza spicca per il debutto prodigioso (14 anni) e per aver poi pilotato e fondato ancora giovanissimo prestigiose effemeridi nazionali.

Il vulcanico Cesare è anche scrittore, autore cinematografico e regista e tra i pochi opinionisti capaci di infiammare lettori, radioascoltatori e telespettatori. Inossidabile e dinamico profondo pure la sua straordinaria (e contagiosa) sensibilità co-

municativa nella sua Accademia Studio 254.

Sono appena decollati i corsi dell'Accademia Studio 254. Quale è la formula che caratterizza la Scuola da lei fondata e come si articola l'attività didattica?

La motivazione iniziale è questa: molti giovani si lamentano perché, sostengono, oggi va avanti solo chi può disporre di un'adeguata spintarella. È vero, in parte. Perché in ogni epoca le raccomandazioni ci sono state, ma sempre - e anche oggi - un giovane di talento, ben determinato, può trova-

re il suo spazio, a patto di farsi trovare preparato quando arriveranno le occasioni. Studio 254 nasce con questo intento: spazzare via l'alibi psicologico ("non c'è posto per me, tutte le strade sono occupate da tutti i raccomandati") e preparare i giovani iscritti concretamente, riducendo al minimo la teoria, ad affrontare la realtà che li aspetta.

Da chi sono tenute le lezioni?

Giornalisti e autori tivù: Cesare Lanza, Sergio Rubino, Matteo Lo Presti, Antonella Parmentola. Recitazione

e regia: Maurizio Spagliardi, Paolo Costella, Lina Bernardi, Barbara Lay. Questi sono gli insegnanti stabili. Poi ci saranno numerosi incontri con personaggi popolari dello spettacolo e del giornalismo.

Come spiega il successo dei reality show, emblema di una tivù in bilico tra aggressività, false mitizzazioni e buonismo ipocrita?

Basta aprire un giornale per verificare che la tivù è assai meno aspra, grottesca e crudele rispetto a ciò che succede ogni giorno nel mondo.

Grande Fratello: alcuni sono divenuti personaggi del piccolo e grande schermo, approva tale sistema che promuove nuovi volti nel mondo dello spettacolo?

Io non sono un giudice né un educatore né un moralista. Sono un testimone. Questo produce la società di oggi. I personaggi resi famosi dai reality scompaiono inesorabilmente, se non hanno un minimo di preparazione o di appeal. Chi ricorda i nomi e i volti dei concorrenti (salvo pochissime eccezioni) del *Grande Fratello* delle edizioni passate?

È difficile creare opportunità per giovani dotati in molti casi di notevole ingegno e capacità creative?

Io penso che ognuno abbia nelle proprie mani la possibilità di indirizzare il proprio destino. Le opportunità ci

**Non sono un giudice
né un educatore
né un moralista.
Sono un testimone**

sono, ma è indispensabile saper individuarle e utilizzarle. Io mi considero un *talent scout*: nel giornalismo ho scoperto e lanciato tanti giovanissimi, in televisione è più difficile perché mi occupo di programmi importanti, nei quali è indispensabile utilizzare personaggi già popolari e famosi.

Dietro la mancanza di prospettive per le nuove generazioni sta la mancanza di lungimiranza della classe dirigente italiana?

Non solo italiana. Certo la nostra classe dirigente è criticabile: per quanto riguarda l'impresa, non è innovativa, ma spesso solo speculativa; per quanto riguarda la politica, è egoista e pensa – così appare – soprattutto al proprio interesse, poco al futuro, così si spiegano le difficoltà di scuole, università, ricerche.

Cinquantadue anni di giornalismo, con un esordio precocissimo: primi articoli pubblicati a soli 14 anni e a 30 la prima direzione al Secolo XIX. Quale tra i suoi colleghi di allora ricorda con maggiore simpatia e perché?

È una bellissima domanda, che mi riporta alla mia giovinezza! Ho molti bei ricordi: fui io a valorizzare il giovane Ferrari, che poi passò presto al *Corriere della sera*, e ci perdemmo di vista. Carlo Brusatti. Lo portai con me al *Corriere d'Informazione*, poi lui di-

venne l'assistente di Fedele Confalonieri. Purtroppo è scomparso giovanissimo. Altre scoperte mie furono Raimondo Lagostena, oggi editore di successo, Massimo Donelli, oggi direttore di Canale 5, Luisa Forti - che avrebbe potuto avere una carriera strepitosa se avesse accettato offerte che l'avrebbero portata lontana dalla sua amata Genova. Non c'è più Pietrino Ferro, capocronista ribelle e scapigliato, un simpatico anarchico. L'elenco sarebbe lunghissimo: molti, purtroppo, se ne sono andati. Ricordo con stima anche Giuliano Crisalli, il direttore di questa rivista: un inviato tagliente, rapido, incisivo e con una capacità rara di ironia.

Da Nenè a Caldo argento: cosa c'è alla base della sua ispirazione creativa?

Sono i due romanzi che ho pubblicato finora. Nostalgie, ricordi, esperienze an-

che dolorose vissute e, soprattutto, il mistero del fascino femminile, la sensualità, le illusioni legate alla scoperta dell'amore.

La sua poliedrica e scintillante vena creativa si è pure espressa recentemente sul grande schermo. Ne è stato appagato?

Ho fatto deliberatamente un film difficile, *La perfezionista*: oltre a scriverlo e dirigerlo, l'ho prodotto insieme con un amico, Lucio Presta, per non avere nessun condizionamento. È una sorta di testamento spirituale: la vita è grottesca e priva di senso, per sopportarla dobbiamo comportarci con dignità, vivere con curiosità e senza soggezione nei riguardi di nessuno e dobbiamo avere il diritto di rinunciare a vivere, se la sofferenza è insostenibile. È una storia incentrata sull'eutanasia, volevo dire la mia opinione: questo nostro infelice Pae-

se è sempre meno libero, mi indigna il fatto che bisogna battersi per sostenere questo diritto elementare. Già veniamo al mondo non per nostra volontà, possiamo avere almeno il diritto di ritirarci se la vita diventa vegetativa, se non ci sono speranze di guarigione da orribili malattie? Lo dico con tutto il rispetto per chi è religioso e, con pieno diritto, la pensa diversamente. Ma, perdiana, esiste anche il pieno diritto di chi

religioso non è (e aggiungo purtroppo, perché indubbiamente la fede aiuta a sopportare il peso di vivere).

Cambio discorso: lei è un esteta del gioco, carte, roulette, chi più ne ha più ne metta. Una recente ricerca condotta da Lottomatica sulla personalità e sul rapporto col gioco classifica i giocatori in quattro profili: il timoroso, l'occasionale, il divertito, il professionista. L'autore de *La carta più alta* tra questi in quale si riconosce?

In nessuna delle quattro. Certo non timoroso, non occasionale e non professionista - il mio lavoro è altro. Forse mi avvicino alla categoria di chi si diverte: mi affascina il rischio, la voglia di vedere come andrà a finire e la mia capacità di battermi contro chi - il banco - ha maggiori probabilità di vincere: per quanto riguarda i giochi di casinò. Poi ci sono i giochi tra giocatori di carte, ad armi pari: in questo caso la sfida è alimentata dal desiderio di verificare le debolezze degli avversari e di affermarli, se riesco a imporre le mie capacità. Ma attenzione: la vita è tutta un gioco, con partite assai più rischiose di quelle rappresentate con le carte o con i dadi... Qualche facile esempio: il matrimonio, l'amore per una donna, mettere al mondo un figlio, un vicino di casa violento, accendere un mutuo, accettare un lavoro, guidare in un'autostrada affollata, prendere un aereo...si potrebbe continuare a lungo, no? •



La locandina del film *La Perfezionista*



TEMPI E MODI PER LA PUBBLICAZIONE

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

Si ribadisce che la pubblicazione degli avvisi è gratuita.

Per ulteriori informazioni: Dott. Andrea Meconcelli, tel. 06 48294513, e-mail: congressi@enpam.it

Scuola italiana di ipnosi e psicoterapia ericksoniana (Siipe) **Ipnosi clinica e psicoterapia ericksoniana** **Roma, gennaio 2009**

Direzione Scientifica: Camillo Lorio

Coordinamento Didattico: Camillo Valerio

Obiettivo: consentire il conseguimento della specializzazione in ipnosi e psicoterapia, che consente l'iscrizione all'albo degli psicoterapeuti. La scuola, riconosciuta, dal ministero con d.m. del 16 novembre 2000, segue il modello culturale, clinico e scientifico che trae origine dall'opera di Milton H. Erickson. Il corso prevede: lezioni in sede, distribuite nei weekend; esercitazioni pratiche e dimostrazioni; supervisioni cliniche; seminari; workshops con esperti italiani e stranieri; attività di studio e di ricerca; tutoraggio; preparazione alla partecipazione di congressi nazionali e internazionali

Informazioni ed iscrizioni: Via Tagliamento 25, 00198 Roma; tel. e fax 06 8548205;
e-mail: ipnosi@tin.it; sito web: www.hypnosis.it

Scuola europea di medicina estetica sistemica **Parma, 1° anno gennaio-giugno 2009 - Parma, 2° anno gennaio-giugno 2010**

Direzione didattica: dott. Vincenzo Varlaro, dott. Giovanni Manzo

La scuola è rivolta ai laureati in medicina e chirurgia. Ha come obiettivo l'insegnamento di un metodo "Multidisciplinare" per inquadrare e risolvere correttamente le specifiche situazioni cliniche legate agli inestetismi

Informazioni: Segreteria Organizzativa - Medicina Viva spa, Via Marchesi 26 D, 43100 Parma, tel. 0521 290191, fax 0521 291314, e-mail: medicinaestetica@mvcongressi.it, sito web: www.scuolaeuropamedicinaestetica.it

Ecm: richiesti crediti formativi ministeriali



Il vegetariano

Roma, 17 e 18 gennaio

Aggiornamento in nutrizione vegetariana organizzato dalla Lav (Lega anti vivisezione) rivolto a medici, dietisti, biologi e altri operatori sanitari interessati alla nutrizione.

Il corso prevede di aggiornare le figure professionali sanitarie interessate alla nutrizione specificatamente sulla nutrizione vegetariana. Oltre agli aspetti più generali, verranno approfonditi da esperti del settore gli aspetti della nutrizione vegetariana e vegana nell'infanzia, in gravidanza e allattamento e nello sport, nonché il vegetarianismo come prevenzione di malattie degenerative

Informazioni ed iscrizione: tel. 320 4730682

Ecm: accreditamento ecm presso il ministero della Salute

Università degli studi di Torino

Medicina orale e cure odontoiatriche in pazienti a rischio

Torino, anno accademico 2008-2009

Direttore: prof. Sergio Gandolfo

Durata: il master ha durata annuale e si svolge nei mesi di gennaio—dicembre 2009

Iscrizioni: le iscrizioni sono aperte fino al 15 dicembre

Alcuni argomenti: discipline di base, diagnosi e terapia precoce del cancro, malattie non tumorali della mucosa orale, delle gengive, delle ghiandole salivari e patologie dentarie ad esse correlate

Informazioni: Segreteria Scientifica prof. Sergio Gandolfo, tel. 011 9026496, fax 011 3498154, e-mail: sergio.gandolfo@unito.it, sito web: www.unito.it/master.htm

Segreteria Organizzativa Sig.ra Annamaria Costantino, tel. 011 9026532

Ecm: la partecipazione al master esonera dall'acquisizione dei crediti ecm per l'anno 2009

Laser Agopuntura

Montefranco (Tr), 26 gennaio 2009

Coordinatore: dott. Francesco Raggi

Argomenti: confronto tra agopuntura classica e laser agopuntura, studi scientifici sulla laser agopuntura, laser agopuntura e neuroimaging, battlefield acupuncture, laser- auricoloterapia

Informazioni: sito web: www.laseragopuntura.com, e-mail: info@laseragopuntura.com, fax 0744 1921282, tel. 328 5743276

Omeopatia e menopausa

Roma, 13 dicembre e 10 gennaio, istituto Nazareth, Via Cola di Rienzo 140

Argomenti: la metodologia diagnostica, clinica e terapeutica omeopatica in menopausa: disturbi cardiocircolari, menometrorragie, osteoporosi, alterazioni del tono dell'umore, del sonno e della libido

Informazioni: Segreteria Organizzativa I.R.M.S.O., Via Paolo Emilio 32, 00192 Roma, tel 06 3242843, fax 06 3611963, segreteria@irmso.it, www.irmso.it

Ecm: richiesti crediti ecm

Azienda ospedaliera Sant'Andrea – Università di Roma La Sapienza

Medicina tradizionale cinese e medicina occidentale

Roma, a.a. 2008-2009, II° facoltà di medicina e chirurgia università "La Sapienza"

Obiettivi: il Master in oggetto si propone di fornire agli iscritti l'opportunità di comprendere le basi culturali e teoriche della medicina tradizionale cinese (mtc) e le sue applicazioni nelle malattie più comuni in confronto con la medicina occidentale (mo)

Ammissione: la domanda di ammissione deve pervenire a mezzo raccomandata AR (per la scadenza farà fede il timbro postale) al prof. Samuele Paparo Barbaro, direttore del Master, II° Facoltà di Medicina e Chirurgia Università "La Sapienza" di Roma, Piazza Sassari 3, 00161 Roma entro il 14 dicembre 2008

Informazioni: tel. 06 33776037, e-mail: annarita.bastianelli@uniroma1.it



Nutrizione artificiale tra aspetti gestionali e problemi bioetici

Pavia, 13 dicembre, aula magna del Collegio Ghislieri, P.zza Ghislieri 5

Argomenti: malnutrizione e nutrizione artificiale, il punto di vista degli specialisti coinvolti nella gestione dei pazienti in nutrizione artificiale, la bioetica nella nutrizione artificiale

Informazioni: Segreteria Scientifica: dott. Riccardo Caccialanza, Fondazione Irccs Policlinico San Matteo, Viale Golgi 19, 27100 Pavia, e-mail: r.caccialanza@smatteo.pv.it

Segreteria Organizzativa: Med's Congressi e Servizi srl, tel. 02 87380300, fax 02 4812546, e-mail: info@medscongressi.it

Ecm: evento accreditato ai fini ecm per: medico, farmacista, psicologo, infermiere, dietista

Hot topics in medicina e gastroenterologia

Roma, 13 dicembre, aula Grilli, ospedale S.Eugenio, Roma Eur

Coordinatore scientifico: dott. Gianfranco Tammaro

Argomenti: helicobacter pylori : ascesa e declino di un batterio che ha cambiato la gastroenterologia, i nuovi farmaci per le malattie infiammatorie intestinali, la patologia del canale anale: se la conosci la eviti

Preiscrizioni: inviare un'e-mail a: gastroasmad@alice.it specificando cognome, nome, istituzione di appartenenza

Informazioni: Segreteria Scientifica: Uoc di Gastroenterologia, ospedale S.Eugenio, tel. 06 51002520

Segreteria Organizzativa: Asmad Onlus c/o scs, tel. 06 44250142, 06 44292462

Ecm: evento in corso di accreditamento presso il ministero della Salute per 100 medici e 50 infermieri professionali

Psicoterapia professionale sistematica, psicopatologia fenomenologica e analisi dialettica

Genova, a.a. 2008-2009, c/o Istituto per le scienze psicologiche e la psicoterapia sistematica

Cesad, Centro Studi per l'Analisi Dialettica, Via A. M. Maragliano 8

Direttore: dott. G. Giacomo Giacomini

Finalità del Corso: il diploma del Corso, di durata quadriennale, è abilitante all'esercizio dell'attività professionale di specialista in psicoterapia e costituisce titolo di qualificazione specialistica per i concorsi banditi dalle strutture pubbliche per il personale sanitario di psicoterapia, psicologia medica e psicologia clinica

Inizio del Corso: 20 gennaio 2009

Termine per le iscrizioni: 15 dicembre 2008

Informazioni: tel. 010 580903, sito web: www.istpsico.it, e-mail: giacomini@libero.it

Fitoterapia e nutriceutica nel disagio emotivo

Bologna, 13-14 dicembre

Relatore: dott. Ermanno Paoletti

Argomenti: fitoterapia e nutriceutica nella cura dei più comuni disagi emotivi: ansia, insonnia, depressione, fobie, nevrosi, somatizzazioni, disturbi del carattere e del comportamento alimentare

Informazioni: Nobile Collegio Omeopatico, tel. 051 441020, cell. 333 3857130, e-mail: info.sipol@libero.it

Ecm: in fase di accreditamento

Sapienza, Università di Roma

Ortognatodonzia clinica multidisciplinare

Roma, anno 2009, dipartimento di scienze odontostomatologiche, Viale Regina Elena 287/A

Scadenza domande: 19 dicembre 2008

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

Informazioni: prof. ssa Ersilia Barbato, e-mail: ersilia.barbato@uniroma1.it, tel. 06 49976611, 06 49976623, fax 06 49918142, Bando: <http://www.uniroma1.it/studenti/laureati/master/bandi/10931.pdf>



Corso teorico esperienziale in Psiconcologia

Perugia – Terni, 21 gennaio – 20 maggio 2009

Responsabili: dott. Paolo Catanzaro, d.ssa Stefania Gori, dott. Francesco Milani

Obiettivi: il corso, a numero chiuso, è articolato in 7 incontri, si propone il miglioramento del rapporto operatore-paziente oncologico

Destinatari: operatori oncologici

Metodologia: verranno realizzati in ogni incontro 3 gruppi Balint paralleli condotti da una coppia terapeutica, con la presenza di 3 osservatori, che, al termine, riporteranno in plenaria i temi emersi e le soluzioni trovate

Informazioni: dott. Paolo Catanzaro, tel 075 5784186, e mail: paolocatanzaro@fastwebnet.it

Ecm: riconosciuti crediti ecm per medici, infermieri e psicologi

Intervento terapeutico nella paralisi cerebrale infantile

Reggio Emilia, 9-10 dicembre, auditorium-centro internazionale Loris Malaguzzi, Via Bligny 1/a

Direttore: Adriano Ferrari

Argomenti: sistema nervoso centrale, apprendimento, apparato locomotore, intervento terapeutico

Destinatari: medici, fisioterapisti, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnici ortopedici

Informazioni: **Segreteria Scientifica:** Daria Piazzi, cell. 347 6603135, e-mail: dariapiazzi@dpiazzi.com

Segreteria Organizzativa: All Mobility, Reggio Emilia, tel. 0522 941078 cell. 339 4878514,

e-mail: elena@allmobility.org

Ecm: richiesta alla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina l'attribuzione di crediti formativi

Thesis 2008: percorsi interattivi e formativi pediatrici

Napoli, 11 - 13 dicembre, Hotel Royal Continental

Presidente: Laura Perrone

Alcuni argomenti: adolescenti e pediatria, sindrome metabolica, allergia alle proteine del latte vaccino, bronchiolite, wheezing in età prescolare, malattie gastrointestinali da interazioni tra geni e ambiente, polmoniti complicate

Informazioni: **Segreteria Scientifica:** Angelo F. Capristo, Carlo Capristo, Fabio Decimo, Nunzia Maiello, Michele Miraglia del Giudice, Roberto Sassi, Massimo Ummarino

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

Studi, medicina e arti performative: dalla prevenzione alla terapia

Agrigento, 6 e 7 dicembre, Museo archeologico regionale, Sala Fazello

Presidenti: Alfonso Gianluca Gucciardo, Eckart Altenmuller, Antonino Ioli

Destinatari: medici e riabilitatori interessati alla medicina dell'arte e degli artisti

Argomenti: medicina della voce artistica, medicina della danza, medicina della musica strumentale

Informazioni: Paraiba Travel sas, tel. 0922 596500, fax 0922 404896, e-mail: info@paraiba.it

Ecm: è stata inoltrata richiesta di accreditamento per medici, logopedisti e fisioterapisti

A.I.O. - Associazione Italiana Odontoiatri

L'apparecchio di Herbst

Roma, 30-31 gennaio

Relatore: dott. Raffaele Schiavoni

Verranno illustrate indicazioni, vantaggi e limiti dell'apparecchio di Herbst. Inoltre, durante la parte pratica, verrà applicato un apparecchio e verranno esaminati casi clinici nelle varie fasi della terapia. I partecipanti possono, con un preavviso di 15 gg., sottoporre un caso personale al quale, se giudicato idoneo, verrà montato l'apparecchio durante il Corso

Informazioni: Sig.ra Marzia e Sig.ra Donatella 06 5800579

Ecm: riconosciuti 17 crediti



Traumatologia pediatrica

Torino, 29-30-31 gennaio, sala a, centro convegni Villa Gualino, Viale Settimio Severo 63

Presidente: dott. A. Andreacchio

Obiettivo: il corso è diretto ad affrontare le problematiche connesse al trauma e ad aiutare lo specialista a trattare correttamente i pazienti o a indirizzarli in un ambiente superspecialistico

Alcuni argomenti: generalità sulle fratture, radiologia, arto superiore, problematiche anestesologiche, arto inferiore

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** Selene Eventi & Congressi, Laura Trincheri, Via Medici 23, 10143 Torino, tel. 011 7499601, fax 011 7499576, e-mail: selene@seleneweb.com, sito web: www.seleneweb.com

Ecm: richiesti crediti ecm presso il ministero della Salute

Università di Roma La Sapienza - Associazione Chinesis

Auricoloterapia

Roma, 22-23-24-25 gennaio

Coordinatore: prof. Fabio Scoppa

Docente: dott. Bernard Leclerc

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** tel. 06 97274138,

e-mail: info@chinesis.org, sito web: www.chinesis.org

Olismologia

Milano, da gennaio a giugno, da settembre a ottobre

L'olismologia è una disciplina innovativa, unificante e trasversale, caratterizzata da impianto teorico autonomo, principi formanti e regole basati sulle conoscenze accademiche dell'anatomia, della fisiologia, della pnei e sulle attuali acquisizioni della medicina energetica. Permette di eseguire una valutazione globale simultanea dei vari aspetti della persona e di attuare una terapia sinergica mirata. Utilizza le tecniche manuali (massaggio curativo fisico, posturale, emozionale e somatopsichico) e le tecniche integrative (kinesiologia diagnostico-terapeutica, energetica, metabolica, organica, funzionale, alimentare ed emozionale) del metodo Mas.Cur.Int. (www.olismologia.net)

Informazioni: dott. Lorenzo Paride Capello, cell 339 5311459,

e-mail: info@mascurint.com

Procedure endovascolari nella malattia aneurismatica

Milano, 29 – 30 gennaio, Hotel Michelangelo, Via Scarlatti 33

Direttore: prof. Domenico G. Tealdi

Argomenti: il corso si prefigge di valutare i risultati del trattamento tradizionale ed endovascolare degli aneurismi in un modo critico sulle base delle evidenze in medicina. Partecipano all'evento chirurgi vascolari, emodinamisti e cardiologi italiani e stranieri

Informazioni: **Segreteria Scientifica:** Domenico Tealdi, tel e fax 02 55601070, e-mail:

domenico.tealdi@unimi.it,

Segreteria Organizzativa: Econ srl, Via Moscova 16, Milano, tel. 02 29005745, fax 02 29005790, e-mail:

econ@econcongressi.it - Programma consultabile sul sito web: www.econcongressi.it

Ecm: richiesto accreditamento ecm al ministero della Salute

Tossicologia

Verona, dal 19 al 22 gennaio

Il Congresso, attraverso le letture di diversi esperti, presentazioni scientifiche, dibattiti e simposi, organizzati anche in collaborazione con le Società Scientifiche di discipline affini alla nostra, vuole affrontare e definire nuove strategie sperimentali che permettano il raggiungimento delle conoscenze scientifiche indispensabili per affrontare problematiche sempre più pressanti riguardo l'ambiente, gli alimenti e i farmaci

Informazioni: **Segreteria Organizzativa**

Società Italiana di Tossicologia, Viale Abruzzi 32, 20131 Milano, tel 02 29520311, fax 02 29520179,

e-mail: sitox@sgr.it, sitox@comm2000.it, sito web: www.sitox.org



Ecocolordoppler dell'addome superiore ed inferiore

Roma, 12-13 dicembre

Responsabile scientifico: dott. Antonio De Fiores

Relatori: d.ssa Monica Sanalitro, dott. Rosario Rocca

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Daniela Pecci, Via Aurelia 678, 00165 Roma, tel. 06 6650291 fax 06 66502953,

e-mail: d.pecci@eidomedica.it, info@eidomedica.it, sito web: www.eidomedica.it

Ecografia generalista

Terni, 17 e 31 gennaio, 7 febbraio, Hotel Michelangelo Palace

Iscrizioni: entro il 30 dicembre

Alcuni argomenti: fisica degli us, apparecchiatura, nozioni color doppler, semeiotica e semantica, anatomia fegato, lesioni focali epatiche, patologia delle colecisti e delle vie biliari, anatomia del pancreas e della milza

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Attilio Solinas, dott. Corrado Malaspina, dott. Paolo Brunori, d.ssa Simona Pambuffetti, d.ssa Marta Elia, dott. Francesco Marchetti

Segreteria Organizzativa Etrusca Conventions, Viale Bonciario 6/d, 06123 Perugia, tel./fax 075 5722232, e-mail: info@etruscaconventions.com

Seconda Università di Napoli

Eco-color-doppler, ecografia con m.d.c.

Frattaminore (Na), gennaio-giugno 2009, Ospedale S. Giovanni di Dio

Obiettivi: al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di eseguire personalmente valutazioni color-doppler e flussimetriche ed esami ecografici con mdc di bassa media difficoltà

Alcuni argomenti: elementi di base, eco-color-doppler, ecografia con m.d.c. e neoplasie, eco-color-doppler dei tessuti superficiali, epatopatie e nefropatie diffuse, trapianti

Informazioni: Segreteria dott. I. Sordelli tel. 338 5404037, e-mail: ignazio.sordelli@virgilio.it, ignaziosordelli@ecografiainterventistica.it, e-mail: segreteria@ecografiainterventistica.it, sito web : www.ecografiainterventistica.it

Università di Pisa

Master in andrologia

Pisa, a. a. 2008/2009, Dipartimento di medicina della procreazione e dell'età evolutiva

Direttore: prof. Fabrizio Menchini Fabris

Alcuni argomenti: semeiotica generale, semeiotica urogenitale, elementi di anatomia normale e patologica, infertilità maschile, deficit erettivo, disfunzioni sessuali, osteoporosi

Presentazione domande: entro il 19 dicembre

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Domenico Canale, dott. Morelli Girolamo, dott. Filippo Menchini Fabris

Segreteria Organizzativa e-mail: andrologia@ao-pisa.toscana.it, e-mail: fimefa@iol.it, tel. 339 5380332, sito web: www.med.unipi.it/andro

Salvataggio d'arto ed arteriografia con anidride carbonica

Pavia, 27 febbraio, Istituto di Cura Città di Pavia

Direttore: prof. Emilio Calabrese

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Simone Marsiglia, Medform Congressi, cell. 331 2662899, e-mail: congressi@medformcongressi.it, sito web: www.medformcongressi.it

Antibiotico-terapia in oftalmologia: come, quando e perché

Carrara (Ms), 21 febbraio, aula magna camera di commercio

Organizzatore: dott. Franco Passani

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Ecm Congressi, Viale XX Settembre 180, 54033 Carrara-Avenza (Ms),

sito web: www.ecmcongressi.it, e-mail: info@ecmcongressi.it, tel. 392 1007336, fax 0585 379888

“Masochismo e passività” dei traumi ripetuti

di Lina Vita Losacco

Studi epidemiologici internazionali e nazionali hanno dimostrato che maltrattamenti e violenza sessuale su donne e minori, oltre ad essere un grave evento traumatico che intacca l'integrità della persona, sono responsabili di conseguenze fisiche, psicologiche e sociali a breve e lungo termine e dunque il fattore eziologico di una serie di patologie rilevanti.

In base a una ricerca condotta dall'Anemgi(1) in collaborazione con il dipartimento di Gastroenterologia dell'Università La Sapienza e i Centri Antiviolenza di Roma(2) nel 30 per cento delle pazienti con disturbi gastroenterologici c'è una storia di maltrattamenti fisici e/o sessuali e l'entità dei sintomi è in relazione alla gravità della violenza subita e alla maggiore esposizione. L'Oms aveva lanciato l'allarme già nel 1995-96 riconoscendo varie patologie dell'apparato riproduttivo o gastroenterico o mentali, come la depressione e i disturbi d'ansia, per citarne alcune, una conseguenza della violenza. Le donne vittime di violenza

fisica reiterata dal partner o ex partner presentano un rischio sei volte maggiore di depressione, cinque volte di consumo di psicofarmaci e diciannove volte di tentato suicidio (ventisei volte nei casi di violenza sessuale)(3) rispetto a quelle che non hanno subito violenza. Un'altra conseguenza della violenza riguarda l'adozione di comportamenti rischiosi e di dipendenza dall'alcool o dalla droga che aumenta la vulnerabilità e il rischio di ulteriori situazioni di aggressioni o di violenza sessuale. Tra l'altro la condizione di violenza, vissuta nell'ambito delle relazioni affettive significative, determina una particolare condizione di fragilità interna che espone le donne alla malattia o a comportamenti a rischio sociale, cui si aggiunge una difficoltà persistente ad occuparsi di sé, sia dal punto di vista fisico che mentale. La stessa vulnerabilità caratterizza le donne gravide vittime di violenza, nonostante la credenza diffu-

sa fra gli operatori sanitari che la gravidanza “protegge” dalla violenza; in realtà studi internazionali e nazionali dichiarano che la violenza insorge o aumenta (24 per cento e 26 per cento dei casi)(4) durante la gravidanza causando numerose lesioni tra cui fratture, ematomi, trauma cranico, lesioni all'apparato genitale. Ma la violenza mette a rischio anche la sopravvivenza del feto. L'Oms individua una relazione tra la violenza e il ritardo nella richiesta di assi-

(1) Anemgi, Associazione di neurogastroenterologia e motilità gastrointestinale Progetto donna. Congresso di Gastroenterologia, Orlando 14-21 maggio 1999

(2) A Roma i centri antiviolenza sono gestiti dall'associazione Differenza Donna

(3) Romito P. Violenza e salute nella vita delle donne. In: Elvira Reale (a cura di). *La mente, il cuore, le braccia e...* Guida alla salute delle donne. Roma: Presidenza del Consiglio dei ministri, Commissione nazionale per la parità e le pari opportunità tra uomo e donna; 2003. Disponibile online: www.salutementaledonna.it/versione_pdf.htm (consultato: Novembre 2008)

(4) Baldry AC, Calabrò E, Losacco LV. Gravidanze a rischio... di violenza. Sette anni di colloqui con le donne, storie di infelici gravidanze. In: Moroli E (a cura di). *Lanciare la rete nel mare dei diritti*. Commissione Pari Opportunità Regione Sardegna, 2000

stenza prenatale, o la nascita del feto morto, travaglio e parto prematuro, lesioni fetali, basso peso alla nascita, aborto spontaneo. Situazioni che spesso la donna adduce alla sua fragilità psico-fisica: “non reggo le gravidanze perché sono di costituzione fragile”. Il meccanismo attraverso cui la violenza compromette la salute del feto probabilmente avviene per un’azione sia *diretta* del trauma addominale che determina rilascio di prostaglandine e attività contrattile, sia *indiretta* mediata dallo stress con rilascio di catecolamine, vasocostrizione ed ipossia fetale(5).

La salute dei figli è dunque in stretta relazione con quella della madre, per cui anche lo stress vissuto durante la gravidanza viene trasmesso al feto e questo accadrebbe sin dalla diciassettesima settimana di vita intrauterina, secondo la ricerca dell’Imperial College di Londra, pubblicata sulla rivista scientifica *Clinical endocrinology* (maggio 2007). A causa dello stress materno il feto rischia di sviluppare alla nascita disturbi come ansia e allergie(6). Non solo, facendo riferimento alla ricerca presentata dallo psichiatra Martin Teicher, della Harvard Medical School(7), eccesso di stress, ansia e depressione durante la vita intrauterina, come di fatto accade per le donne gravide vittime di violenza, sono responsabili di danni anche molto gravi sul cervello del nascituro. L’immaturità neurologica alla nascita, ad esempio, limita gravemente la capacità dei bambini di relazionarsi con il mondo esterno sia fisico che sociale.

COSTI SOCIALI E SANITARI

Il panorama degli studi internazionali è ampiamente rappresentativo del costo sociale e sanitario dovuto alla violenza agita su donne e minori. Nel 1997 l’Olanda ha speso circa 700 miliardi di lire per fronteggiare le situazioni di violenza alle donne, mentre il Canada oltre un miliardo di dollari l’anno per attivare i servizi di sostegno alle vittime (Unicef 2000). Nel 2003 i Centri per il controllo delle malattie e per la prevenzione statunitensi hanno stimato che i costi per violenze fisiche perpetrate nei confronti di donne e ragazze siano stati superiori a 5,8 miliardi di dollari/anno (circa 8,7 miliardi di euro) solo negli Stati Uniti, di cui 4,1 miliardi di dollari solo per cure mediche e 1,8 miliardi di dollari per la perdita della capacità riproduttiva. Il Rapporto Unfpa 2005, sempre negli Usa e sempre per la stessa ragione, ha indicato una spesa annua di 12,6 miliardi di dollari. “I costi indiretti possono superare ampiamente i costi diretti” riferisce Mayra Buvinic a capo dell’Unidad del Programa de la Mujer en el Desarrollo del

Bid(8); è inevitabile infatti che le donne vittime di violenza domestica siano frequentemente disoccupate o sottoposte a turnover di lavoro con redditi personali più contenuti e necessità dell’assistenza sociale.

I costi della violenza domestica sono molto alti ed è difficile quantificarli in modo preciso, come difficile è quantificare il fenomeno e l’immensa entità dei danni. Terrore e vergogna impediscono alle donne di denunciare le violenze subite così che i dati conosciuti sono spesso insufficienti e non realistici.

In Italia, ad esempio in base all’indagine Istat 2007(9), 6.743.000 donne tra i 16 e i 70 anni sono state vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita. Le donne che hanno denunciato sono pari a circa il 12 per cento, dunque è molto probabile che il sommerso rappresenti circa il 90 per cento della violenza subita. La percentuale delle denunce aumenta quando le donne hanno la possibilità di parlarne con operatori del pronto soccorso (62,3 per cento) o con avvocati, magistrati, polizia, carabinieri (47,6 per cento). Ma le donne, inconsapevoli e spaventate, al pronto soccorso raccontano storie di incidenti domestici e purtroppo, in ambito sanitario, non sempre si è in grado di fare una diagnosi differenziale tra lesione accidentale e violenza domestica; per vari motivi è più facile utilizzare definizioni quali “fragile costituzione, masochismo o passività” e leggere il problema sulla base di ipotetiche difficoltà psicologiche. Ma attenzione! La passività delle donne vittime di violenza la si può comprendere solo come *learned helplessness* e quindi causata da situazioni traumatiche ripetute! Poiché le donne maltrattate si recano frequentemente al pronto soccorso o dal medico curante più che alla polizia, o ai consultori e servizi sociali, per contribuire all’emersione del fenomeno di grande utilità è la costruzione di una rete con il territorio, con strutture istituzionali e del privato sociale e centri antiviolenza. •



(5) Dubini V, Curiel P. La violenza come fattore di rischio in gravidanza. U.O. Ginecologia e Ostetricia, Asl 4 Prato

(6) Gravidanza sotto stress? Neonato a rischio allergie. Tecnologia e scienza. La Repubblica, 19 maggio 2008

(7) Congresso internazionale sul cervello umano, Roma 2004

(8) Bid: Banco Interamericano de Desarrollo (sede interamericana dello sviluppo)

(9) La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2006. Roma: Istat, 2007

Disoccupato a cinquant'anni

di Antonio Gulli

La natura delle dinamiche che caratterizzano gli ambiti d'esperienza del sentirsi "inclusi o esclusi", "centrali o marginali", "fuori o dentro", in un sistema sociale può trovare come punti di riferimento da un lato le aspettative della persona e le sue ambizioni, dall'altro i meccanismi di carattere pubblico che permettono



al soggetto di sentirsi parte di una comunità. In generale, si può affermare che si è parte di una comunità quando questa riesce a garantire, attraverso il concorso di tutti, uguale riconoscimento ai propri membri dei diritti fondamentali. Si pensi, per esempio, alla tutela della salute; alla possibilità di accesso e successo nell'istruzione; al poter godere di un sistema "giustizia" che difenda i propri membri dai soprusi; o al diritto di svolgere un lavoro che sia coerente con le capacità e la formazione ricevuta. Quando queste garanzie vengono meno o risultano lese, il sentirsi parte di questa comunità si indebolisce. La tensione tra individuo e collettività aumenta e con essa aumenta lo svuotamento di senso del sentirsi parte di un insieme mentre si fa strada un sentimento di sfiducia verso il proprio valore. Questi meccanismi, quindi, investono la molteplicità delle sfere che strutturano per intero sia il sistema sociale che l'individuo. In sostanza, quando queste dinamiche risultano inefficaci nel mettere in relazione una parte della società con il suo insieme, tale inefficacia va a incidere in maniera negativa anche sul modo attraverso cui la persona media il proprio "esserci" con la realtà condivisa. È facilmente intuibile che i processi inclusivi - che hanno, per lo più, na-

tura sociale - si nutrono di alcuni aspetti che si presentano variabili nel tempo e capaci di incidere profondamente a seconda delle stagioni della vita dei soggetti. Che cosa succede quando questo meccanismo di scambio si interrompe? Quando la società non riesce più a garantire una crescita equilibrata alle giovani generazioni? A tutelare, riconoscere e valorizzare le abilità, le esperienze e gli impegni svolti da una persona adulta?

Se è importante offrire garanzie alle giovani generazioni nella costruzione di un proprio futuro, non meno importante è la possibilità di veder rispettato il diritto a disporre del proprio presente. Ovvero, a poter vivere la quotidianità senza avvertire la risonanza funesta del sentirsi inutili, in quanto "eccedenti i fabbisogni" nella costruzione della ricchezza collettiva. Se da un lato ci si può riferire a quel drammatico fenomeno che è l'inoccupazione giovanile, dall'altro, come in questo caso, si fa riferimento a quel fenomeno non meno grave che è la disoccupazione in quella stagione della vita che chiamiamo "adulthood". Se per le giovani generazioni l'inoccupazione mina nei fondamenti il rapporto con la propria prefigurazione di futuro; se il mancato ingresso nel mondo del lavoro ha la potenza di pregiudicare la costruzione

di un'identità pubblica e condivisa, che permetta al soggetto di partecipare alla distribuzione delle risorse in termini di ricchezza, prestigio e potere; se può incidere in profondità sul proprio senso di autostima, ponendolo all'interno di una condizione di disagio, nel momento in cui la disoccupazione coglie una persona alle soglie della seconda parte della vita, il problema può assumere risvolti anche molto più gravi. A leggere le statistiche, il fenomeno non si presenta certo marginale. Attualmente, nel nostro Paese, gli ultracinquantenni disoccupati risultano essere circa 900 mila e sembrano mostrare la tendenza a caratterizzare, complessivamente, il 38,8 per cento di coloro che perdono ogni anno il lavoro (circa 45 mila). I dati Eurostat del 2008 ci informano che nella fascia dai 55 ai 64 anni, tra uomini e donne, solo il 33,8 per cento risulta occupato. Se, ai dati appena indicati, si aggiunge che in Italia le aziende che fanno formazione permanente del personale – cioè che si impegnano a ricollocare attraverso la riqualificazione gli esuberanti – sono il 27 per cento a fronte dell'80 per cento della Germania e del 75 per cento della Francia, si può affermare che coloro che perdono il posto di lavoro e che si trovano a ridosso dei cinquant'anni, nel nostro Paese, hanno ben poche opportunità di rientrare nei settori produttivi con facilità. Il danno per la società è chiaro, come non è difficile immaginare quale è il dramma che può essere vissuto a livello individuale. Se a livello generale la fuoriuscita di una persona adulta dal ciclo produttivo può significare la perdita di un'esperienza decennale in uno specifico ambito economico e l'interruzione di una forma di relazione sociale in ragione del ruolo produttivo dal soggetto ricoperto, a livello personale si può affermare che si è in presenza di un vero e proprio "strappo biografico". Una persona di cinquant'anni la si può sicuramente definire una persona adulta. Ovvero una persona che si trova di fronte ad un "secondo esame di realtà" (Cfr., Erikson; Levinson; Jarvis). Se l'accettazione del "principio di realtà" si lega alla fanciullezza e il "primo esame" può essere fatto risalire al passaggio dalla giovinezza all'età adulta, il secondo, che ha come og-

A livello personale si è in presenza di un vero e proprio "strappo biografico"

getto la prefigurazione della vecchiaia, non chiama più in causa solo ciò che potrà essere, ma il presente della propria vita in ordine a ciò che questa vita è stata. Quando un "sogno" non si realizza, non è difficile immaginare che questo possa venire interpretato dal soggetto che l'ha inseguito solo come una diabolica allucinazione. Nell'età adulta si dovrebbe poter dire, riprendendo l'illuminante contributo di Arendt, che: "Sono divenuto un Io-per-me stesso, trovando in me ciò che originariamente era dato come realtà estranea" (Cfr., 1978:248). Quando tutto ciò non avviene, cioè quando la realtà estranea mi ha estraniato; quando questa realtà prima mi ha incluso, collocandomi al suo interno e facendomi sentire come centrale, e poi mi ha cancellato, ad essere messa in discussione non è solamente la "vita visibile", che si lega alla fruizione concreta dei benefici materiali dati dalla posizione prima occupata, ma anche quella parte della vita meno visibile, che si lega allo stesso esistere per se stessi e per gli altri. Se il lavoro per un giovane rappresenta la possibilità che rimanda alle chance di condizionare gli eventi futuri (uscita dalla casa dei genitori, matrimonio, (avere) figli, ecc.) e, al contempo, per la società, la dimostrazione di saper integrare le nuove generazioni; per un adulto questo viene a significare il riconoscersi all'interno della sua stessa vita. Pregiudicare la possibilità, da parte di una persona, di riconoscersi al presente, attraverso la perdita del senso di dignità dato dal lavoro, può significare non solo l'anticipazione del senso della propria fine, ma percepirsi in qualche modo "finito". Per dirla con le parole di Demetrio (2000), se l'adulthood la si può concepire come quella "condizione umana contrassegnata dall'assenza dei limiti e dei confini" (p. 13), nel momento in cui un adulto viene a perdere il pilastro fondamentale della sua stessa autonomia, ciò che viene a incrinarsi - oltre al senso del personale valore - è il valore stesso della vita. Quest'ultima intesa come risorsa, ormai non più utile a creare ricchezza sia per sé che per gli altri. Se a ciò si aggiunge che l'adulto è quel soggetto che ha su di sé la responsabilità di educare ed essere di esempio per i giovani, si può affermare che per ogni adulto espulso dal mondo del lavoro, non si ha un nuovo giovane occupato, quanto lo "spegnersi della società dell'umano". Cioè del cancellarsi, all'interno dell'individuo, di quella relazione che fa sì che io possa riconoscermi a me stesso mediante il ruolo che io posso avere per l'insieme degli individui. •

**Nella fascia dai 55 ai 64 anni
solo il 33,8 per cento risulta occupato**



Quando l'opera d'arte diventa da "capogiro"

di Ezio Pasero

"Ero giunto a quel livello di emozione dove si incontrano le sensazioni celesti date dalle arti ed i sentimenti appassionati. Uscendo da Santa Croce, ebbi un battito del cuore, la vita per me si era inaridita, camminavo temendo di cadere". A descrivere simili sintomi di malore e quasi di svenimento in *Roma,*

Napoli e Firenze, un curioso libro che mescola appunti di viaggio e critica d'arte, fu nel 1917 lo scrittore francese Henri Beyle, che proprio per firmare quell'opera utilizzò per la prima volta lo pseudonimo di Stendhal, con il quale entrò poi nella storia della letteratura mondiale. E proprio da lui ha preso dunque nome la sindrome di Stendhal, presunta affezione psicosomatica che provoca tachicardia, capogiro, vertigini, confusione e anche allucinazioni in soggetti messi al cospetto di opere d'arte di straordinaria bellezza, specialmente se sono compresse in spazi limitati.

Denominato anche sindrome di Firenze, perché proprio in questa città lo scrittore francese fu colto da un violento malessere che lo costrinse a uscire precipitosamente dalla basilica di Santa Croce della quale stava ammirando i capolavori, questo fenomeno rischia di essere ora ribattezzato con il nome della capitale francese: a Parigi, infatti, si stanno rivelando sempre più numerosi i turisti che, vittime di una sorta di overdose d'arte e di bellezza, cadono preda di deliri, allucinazioni, manie di persecuzione, vertigini, tachicardia e altro ancora. Una vera e propria patologia che si scatena soprattutto durante le visite al Louvre e a Notre Dame. Tanto che all'ospedale Hotel Dieu, che si trova sull'Ile de la Cité, appunto accanto alla celebre basilica, c'è addirittura uno psichiatra specializzato. A beneficiarne sono almeno una cinquantina di visitatori ogni anno, che rimangono sconvolti dal loro soggiorno a Parigi. Si tratta soprattutto di turisti giapponesi, i quali sperimentano un disagio derivante da una visione idealizzata della capitale e vengono destabilizzati dalla profonda differenza culturale esistente tra le due nazioni. Nel loro caso, questi cosiddetti *malanni del viaggiatore* sono aggravati dal fatto che Parigi rappresenta per i giapponesi un simbolo della cultura occidentale con un fortissimo potere di attrazione, tanto forte da sviluppare nei soggetti più deboli o instabili vere e proprie forme di turbe psichiatriche. A causa del serio proble-

ma rappresentato dalla barriera linguistica, perché sono pochissimi i giapponesi in grado di esprimersi in francese, i pazienti che devono essere ricoverati vengono trasferiti presso l'Ospedale Sant'Anna che, grazie a un accordo con l'ambasciata di Tokyo, è il solo ospedale europeo in grado di offrire assistenza specializzata ai turisti giapponesi nella loro lingua. Anche a Firenze, tuttavia, la sindrome di Stendhal continua a mietere vittime tra i turisti, al punto che l'Ospedale di Santa Maria Nuova è almeno una volta al mese luogo di ricovero di pazienti affetti da patologie acute. Del resto, la formulazione scientifica come tale della sindrome di Stendhal, sebbene numerosi casi fossero stati riscontrati fin dalla prima metà del diciannovesimo secolo, è stata proposta nel 1979, quando fu analizzata in un libro dalla psichiatra Graziella Magherini (presidente dell'Associazione Arte e psicologia, un gruppo di studio formato da eminenti psicologi, psichiatri, psicoanalisti, storici dell'arte e filosofi), che osservò e descrisse più di cento casi fra i visitatori del capoluogo toscano. "Tra gli anni Ottanta e Novanta", aveva raccontato l'autrice in un'intervista, "svolgevo l'attività di psichiatra responsabile del Servizio per la salute mentale dell'Arcispedale di Santa Maria Nuova di Firenze, e fui molto colpita, insieme ad altri miei colleghi, dal fenomeno ripetuto di arrivi d'urgenza di persone colpite da disturbi psichici improvvisi. Lo studio di questi casi ci portò a osservare che vi erano alcuni elementi ricorrenti: l'estrema sensibilità delle persone colpite, il viaggio in un Paese straniero e l'incontro con l'opera d'arte. Il fenomeno ci pareva assolutamente degno di approfondimento, anche perché queste persone erano partite da casa in uno stato di benessere o comunque

Alcuni effetti della sindrome sono la tachicardia, le vertigini e le allucinazioni

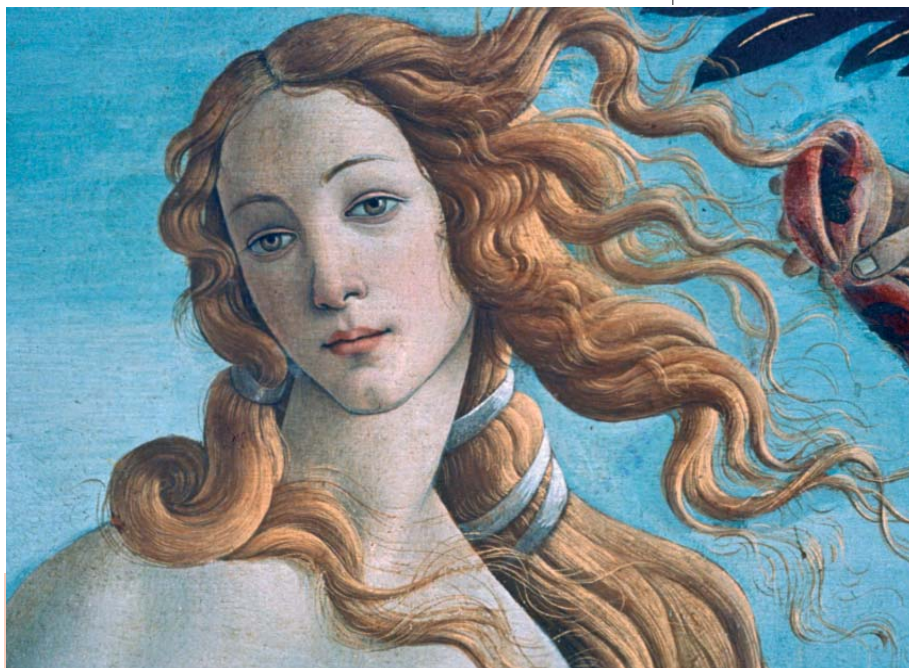
di compenso psichico, così vi abbiamo dedicato uno studio decennale, operando anche un'indagine su un campione di controllo".

La sindrome, alla quale proprio la studiosa attribui il nome di Stendhal, fu diagnosticata per la prima volta nel 1982 e più della metà delle sue vittime sono di matrice culturale europea (ma non gli italiani, che ne sono immuni per affinità culturale) e, appunto, i giapponesi. Fra i più interessati vi sono individui di formazione classica o religiosa che spesso vivono da soli. Nella maggior parte dei casi, la crisi si scatena durante la visita a un museo della città, dove il visitatore è colpito dal senso profondo di una o più opere e dalla relazione di queste con i loro creatori, che trascende le immagini e i soggetti. Il malessere si manifesta inizialmente con comportamenti molto vari, che nelle forme più estreme possono giungere anche a un'isteria che può spingere alla distruzione dell'opera. Sempre secondo la dottoressa Magherini, che è membro didatta dell'Associazione Italiana di Psicoanalisi e dell'International Psychoanalytic Association, nonché presidente dell'International Association for Art and Psychology, questi episodi di malessere sono benigni e privi di conseguenze. Basta un po' di riposo e il recupero di qualcosa di familiare (la stragrande maggioranza delle persone che accusano i sintomi della sindrome è un viaggiatore in solitaria), come una voce amica. A suo avviso, "il superamento di questi episodi può anzi rappresentare una fonte di arricchimento. Il viaggio d'ar-

te può essere considerato un "viaggio dell'anima", capace di risvegliare una trama di emozioni e sentimenti, in cui l'identità è sottoposta a un'oscillazione tra perdita e ricostruzione in cui si può avere una momentanea disorganizzazione del proprio campo mentale, ma che evidentemente non tutti sono in grado di gestire allo stesso modo".

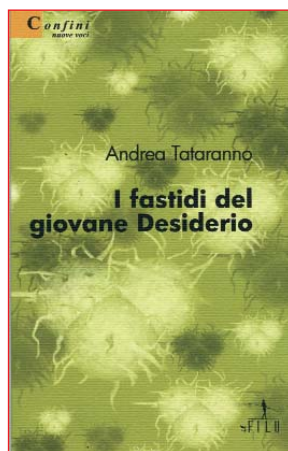
E non si deve credere che solo i turisti comuni, quelli che hanno minore dimestichezza e consuetudine con le grandi bellezze artistiche, possano cadere vittime di questa curiosa sindrome. Può succedere anche agli "addetti ai lavori", come è accaduto il 22 febbraio scorso a Francesca Fraticelli, storica dell'arte e addetta ai beni culturali della Provincia di Chieti, svenuta davanti al gruppo scultoreo di *Venere e Adone*, uno dei capolavori più noti di Antonio Canova. È successo alla Bit di Milano, la Borsa internazionale del turismo, all'interno dello stand della Regione Veneto, dove appunto era stata esposta l'opera. Francesca Fraticelli vi si era recata proprio per vederla, ma era convinta che si trattasse solo di una copia. Invece, di fronte alla bellezza dell'originale, è rimasta letteralmente senza fiato ed è caduta a terra priva di sensi. A soccorrerla immediatamente, l'allora vicepresidente del Veneto Luca Zaia, diventato nel frattempo ministro dell'Agricoltura, il presidente della Fondazione Canova Giampietro Favaro e l'amministratore delegato dell'Opera Pellegrinaggi Paolini monsignor Liberio Adre-

atta, che l'hanno fatta rialzare e l'hanno accompagnata in un altro settore dello stand veneto, dove la statua non poteva essere vista. Una volta ripresasi, la studiosa dell'arte non se l'è sentita di tornare a vedere la statua e rischiare un nuovo malore, anche perché già in passato le era capitato di rimanere vittima della sindrome di Stendhal. Così, il presidente Favaro l'ha invitata a recarsi direttamente presso la gipsoteca di Possagno, in provincia di Treviso, per poter vedere questa e altre opere di Canova in un contesto diverso, più consono all'esposizione delle opere d'arte. Pare infatti che proprio il luogo nel quale il gruppo marmoreo era esposto, e cioè uno stand fieristico ben diverso da un museo o da una città d'arte e nel quale è insolito e inaspettato imbattersi in un simile capolavoro, abbia avuto un ruolo non secondario nello scatenare una reazione emotiva molto simile a un attacco di panico. •



Nascita di Venere, Sandro Botticelli, particolare

I fastidi del giovane Desiderio



Desiderio è un bambino fuori dal comune, non tanto per il fatto di essere figlio di yuppie scatenati, quanto perché possiede un senso per le cose tutto speciale. La sua mente infantile e fantasiosa, infatti, gli consente libere associazioni nelle quali non distinguiamo il confine tra creatività e follia, e il mondo visto con i suoi occhi si trasforma in una parodia grottesca. *I fastidi del giovane Desiderio* è un romanzo di formazione che permet-

te al lettore di condividere con il protagonista un punto di vista decisamente sopra le righe e fuori dagli schemi.

Andrea Tataranno
"I fastidi del giovane Desiderio"
 Il Filo srl, Roma
 pp. 144, euro 14,00

La gestione interdisciplinare della patologia nodulare e dei tumori della tiroide

Concepita come un corso interattivo dal vivo sul nodulo e sul tumore tiroideo, quest'opera è costituita da un cofanetto con 6 Dvd visualizzabili sia su Tv sia su Pc. La pubblicazione è stata realizzata dal Centro malattie della tiroide dell'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia, con il patrocinio della Regione Emilia Romagna, della Provincia di Reggio Emilia, e della Associazione medici endocrinologi. Essa fornisce una trattazione multimediale della gestione clinica della patologia tiroidea mediante presentazioni, dirette video di ecografia, citologia, agoaspirato, PEI, ablazione laser ecoguidata, chirurgia tiroidea, dissezione linfatica, MIVAT, aspetti controversi e linee guida.



Autori vari
"La gestione interdisciplinare della patologia nodulare e dei tumori della tiroide"

È possibile acquistare l'opera sia sul sito Deastore.com (www.deastore.com) sia sul sito del Gruppo Pegaso (www.libriscientifici.com)

La vita sempre

I sogni di un giovane psichiatra che forse ha anche scelto volutamente di volersi ascoltare, di volersi interrogare, di volersi mettere in discussione attraverso gli altri, attraverso i suoi pazienti che tanto hanno da insegnarli. Così scrive Franco La Rosa sulla postfazione, dove il libro viene anche definito una testimonianza. Pezzi di storie, frammenti clinici, vicende umane drammatiche, amare...ma anche, alla stessa maniera, presenze, speranze, sorrisi.



Marcello Alessandra
"La vita sempre"

Dario Flaccovio Editore, Palermo - pp. 144, euro 12,00

Nello specchio di Alice

Una raccolta di poesie in cui Rossella Sella inserisce anche versi in prosa che - come scrive l'editore Michelangelo Camelliti - "non sono da considerarsi introduzioni al percorso poetico" ma "tratti capaci di disegnare una personalità vivace e ricca di sfumature così come di inquietudini, legittimata ad essere esigente per soddisfare le diverse necessità emozionali, che Sella dimostra di conoscere a fondo senza mai essere intransigente".



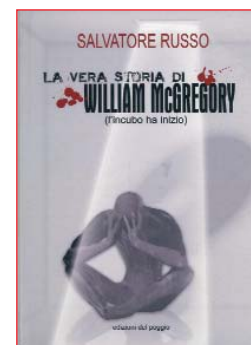
Rossella Sella
"Nello specchio di Alice"
 LietoColle Editore, Faloppio (CO)
 pp. 50, euro 10,00

La vera storia di William McGregor

Una vicenda intrigante in cui storia e avventura si uniscono portando il lettore "a spasso nel tempo" tra Cavalieri Templari e forze del Male in un lungo viaggio che da New York arriva a Recanati con un breve passaggio per Edimburgo. La storia di William, un uomo che riesce a ricostruire la sua vita attraverso brevi flash di una memoria sopita, e che grazie a Jack e Sasha riuscirà nel suo intento aprendo le porte di una nuova esistenza senza più ombre.

Salvatore Russo
"La vera storia di William McGregor"

Edizioni del Poggio, Poggio Imperiale (FG) - pp. 142, euro 10,00

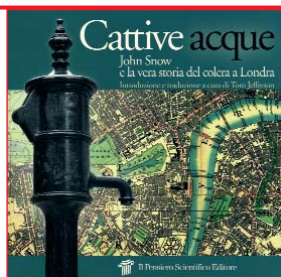


Cattive acque

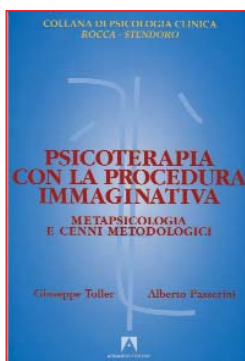
A partire dal 1832 fino al 1854 Londra fu ripetutamente investita da violente epidemie di colera. Le voci dei maggiori esponenti dell'allora classe medica si schierarono attorno a due teorie, pro e contro la trasmissibilità del colera. Solo la voce di un medico anestesista rimase fuori dal coro: quella di John Snow. Il libro propone per la prima volta in italiano la traduzione integrale dell'opera in cui Snow sostenne l'ipotesi secondo cui non solo il colera era una malattia trasmissibile, ma l'acqua era il veicolo principale attraverso cui il "veleno patogeno" si diffondeva. Nel volume è riprodotta fedelmente l'iconografia cartografica dell'autore.

Tom Jefferson
"Cattive acque"

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma - pp.96, euro 22,00



Psicoterapia con la procedura immaginativa



La procedura immaginativa propone una chiara visione antropologica e solide basi concettuali cui ancorare tecniche e interventi. Una metapsicologia, presentata nella prima parte del libro, che costituisce la premessa teorica alla successiva sintesi metodologica comprendente lezioni inedite dei fondatori, Renzo Rocca e Giorgio Stendro. Un utile strumento didattico per chi si accosta alla formazione in psicoterapia e per i cultori dell'immaginario.

Giuseppe Toller, Alberto Passerini

"Psicoterapia con la procedura immaginativa"

Armando Editore, Roma - pp. 144, euro 14,00

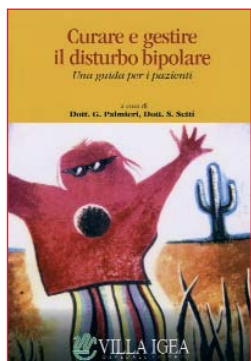
Curare e gestire il disturbo bipolare

Diviso in tre sezioni che spaziano dall'informazione sul disturbo bipolare alla descrizione dei sintomi e del decorso, dal trattamento alla gestione della patologia per migliorare la condizione clinica, il libro si propone come una guida semplice e chiara per quei pazienti che, dopo aver ricevuto una diagnosi di disturbo bipolare, si trovano ad affrontare una malattia che li lascia pieni di dubbi e perplessità.

G. Palmieri, S. Setti

"Curare e gestire il disturbo bipolare"

Ospedale privato "Villa Igea",
Saliceta S. Giuliano (MO)



Alberto Augusto Picchio. Il fascino di un ortopedico

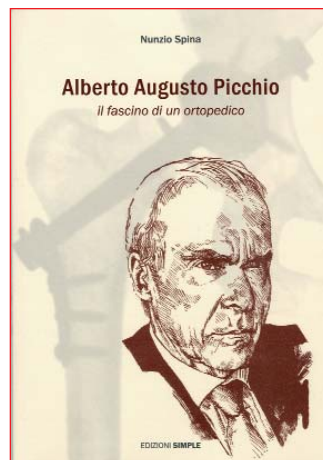
Nunzio Spina ripercorre, a 19 anni dalla morte, la vita del dottor Alberto Augusto Picchio, ortopedico, pioniere della protesi totale d'anca. Un uomo che amava stare in prima linea, pur non calcando palcoscenici importanti, un chirurgo che sapeva disimpegnarsi in tecniche impegnative, ma senza inseguire riconoscimenti. Marchigiano di San Paolo di Jesi, divenne un simbolo per la sua regione, dirigendo con maestria il reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale di Pesaro, tra la fine degli anni '50 e i primi anni '80.

Nunzio Spina

"Alberto Augusto Picchio. Il fascino di un ortopedico"

Edizioni Simple, Macerata

pp. 112, euro 10,00



Catastrofe educativa e ricerca di senso. L'opzione positiva



Una lunga riflessione dell'Autore su quella che egli definisce senza mezzi termini la "catastrofe educativa", riprendendo una provocazione di Giuliano Ferrara, e che si snoda, a sua volta provocatoriamente, in un percorso lineare, alla ricerca di quel "senso" educativo imprescindibile di cui, malgrado mille e mille studi, approfondimenti, convegni, si è ancora a caccia.

Secondo Antonio Epifanio urge "rifondare" l'uomo sottraendolo al dominio esclusivo di una scienza che in quanto fondata sulla sola esperienza risulta "monca", ed allargare la ragione alla ricerca antropologica, filosofica e teologica, la sola che può approssicare il mistero dell'uomo ed i suoi ineludibili "perché".

Antonio Epifanio

"Catastrofe educativa e ricerca di senso. L'opzione positiva"

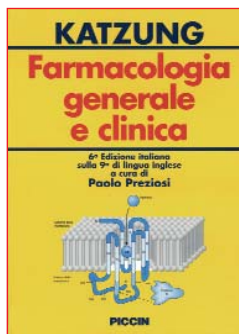
Nuove edizioni barbaro, Delianuova (RC)

pp. 108, euro 12,00

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

Farmacologia generale e clinica



Il testo, aggiornato e di facile lettura, è l'autorevole manuale americano di Bertram G. Katzung sul quale si preparano, già da diversi anni, numerosi studenti di medicina, farmacia e operatori ospedalieri. Le informazioni in esso contenute sono organizzate secondo la sequenza adottata dai principali corsi di farmacologia, ma con una impostazione che consente di utilizzare facilmente le diverse parti anche nei corsi programmati con altri criteri. In ciascun capitolo si è preferito porre l'accento su gruppi di farmaci e prototipi per evitare di dare dettagli ripetitivi sui singoli farmaci. Vengono inoltre fornite liste di preparazioni utilizzabili dei principi attivi citati, con i nomi commerciali e generici, nonché le posologie adottate in Italia.

Bertram G. Katzung
"Farmacologia generale e clinica"

Piccin Nuova Libreria, Padova - pp. 1320, euro 78,00

Vivere in salute



Con questo lavoro Carmelo Manganaro chiarisce che la salute di un organismo dipende da quella delle membrane delle cellule che lo compongono e che anche una piccola modifica del tipo dei grassi e dei fosfolipidi di membrana può determinare uno stato di sofferenza e di malattia. Ne consegue che la salute delle cellule e quindi degli organismi è strettamente legata ad una alimentazione equilibrata e completa.

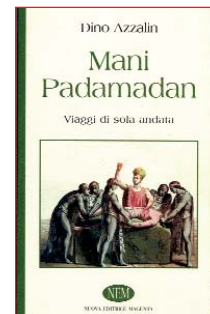
Con queste premesse, frutto delle più recenti acquisizioni scientifiche, l'autore descrive l'importanza dietetica delle vitamine, dei minerali, degli enzimi, dei bioflavonoidi e dei polifenoli, chiarisce la funzione dei radicali liberi e fornisce le più aggiornate informazioni per la prevenzione e la cura di molte malattie e per l'adozione di una alimentazione antinfiammatoria e antinvecchiamento.

Carmelo Manganaro
"Vivere in salute"
 Edizioni Minerva Medica, Torino - pp. 185

Mani Padamadan. Viaggi di sola andata

Le annotazioni di viaggio di Dino Azzalin non propongono itinerari alternativi, né spiegano come attrezzarsi per viaggiare. Esse presentano il viaggio come momento di conoscenza e come motivo di crescita personale. Narrare dei luoghi visitati in Africa, in Asia, in America Latina, a Cuba, in Grecia, ricordare la povertà di persone incredibilmente ricche di umanità, l'incontro con santoni come Sai Baba e con personaggi originali e stravaganti, intrattenersi sulle diversità culturali dei popoli e sul loro passato e la loro storia è per Azzalin un altro viaggiare, un eccitante andare nella "viandanza", è la scoperta del piacere di scrivere e meditare imparando a conoscere il mondo. Una impareggiabile esperienza che ci arricchisce, in alcuni casi, modificando le nostre convinzioni e, in altri, confermandoci in esse.

Dino Azzalin
"Mani Padamadan. Viaggi di sola andata"
 Nuova Editrice Magenta, Varese - pp. 248, euro 17,00



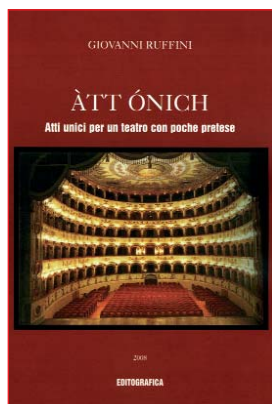
La nostra gioventù

Con stile semplice e scorrevole, qua e là arricchito di dotte citazioni, Vittorio Casali racconta il tempo della sua giovinezza: le ore felici trascorse con gli amici di giochi e di scuola, le vacanze spensierate, la solidità rassicurante e formativa dei sani affetti familiari, gli studi scolastici e universitari, le prime infatuazioni dell'adolescenza e gli amori della gioventù. Il turbinio eccitante dei sentimenti di un fanciullo in crescita diventa così la chiave di lettura del grande cambiamento dei costumi verificatosi dal dopoguerra. Ma l'aspetto più saliente di questa autobiografia, dalla chiara impronta formativa, è l'accento posto dall'autore nell'indicare l'importanza di un sano ambiente familiare per educare i giovani soprattutto con l'esempio, come hanno fatto i suoi genitori, all'amore per gli altri, all'amicizia disinteressata, alla fede e all'onestà intellettuale.

Vittorio Casali
"La nostra gioventù"
 Bastogi Editrice Italiana, Foggia - pp. 151, euro 15,00



Àtt Ónich



In questi tempi di globalizzazione e promiscuità linguistica la nostra cultura nazionale e i nostri dialetti versano in grave pericolo. Gran merito deve essere quindi riconosciuto a chi, come Giovanni Ruffini, si dedica alla salvaguardia delle parlate locali che, schiacciate come sono dall'impetuoso avvicinarsi di genti e di costumi, rischiano di scomparire ancor più facilmente dei remoti idiomi andini, amazzonici, o dell'Africa equatoriale.

I dieci divertenti atti unici raccolti in questo volume, ricchi di ironica inventiva, di verve e con il consueto finale a sorpresa, sono scritti in bolognese. Ma per i lettori che non conoscono il dialetto emiliano è stata affiancata una traduzione libera in italiano che li aiuterà nella comprensione del testo.

Giovanni Ruffini
"Àtt Ónich"

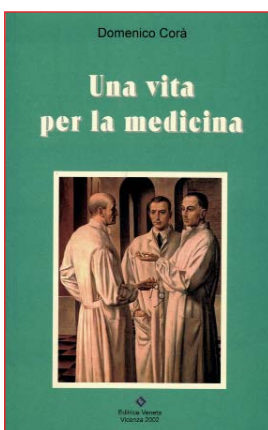
Editografica, Rastignano (BO)
pp. 232, euro 13,00

Una vita per la medicina

Oltre che il racconto della sua vita, questo libro di Domenico Corà è una attenta panoramica della sanità italiana.

I primi capitoli, mentre ricordano la sua giovinezza, la sua iscrizione al movimento Giustizia e Libertà, la sua incarcerazione, gli inizi della sua attività professionale, la docenza universitaria, il primariato a Cittadella, Schio e Vicenza, danno anche giudizi sulla vita ospedaliera, sul rapporto fra medici e pazienti, sull'attività dei sindacati interni.

La seconda parte è più critica. Prendendo spunto dall'introduzione della riforma sanitaria, giudicata anticonstituzionale, esamina, tra l'altro, i molti motivi che hanno causato il decadimento degli studi di medicina, l'evoluzione dell'organizzazione ospedaliera e i motivi da cui si generano atteggiamenti di arroganza dei medici.



Domenico Corà
"Una vita per la medicina"

Editrice Veneta, Vicenza - pp. 166, euro 12,00

In breve

Michele Libutti

"CHIAMAMI QUANDO VUOI..." ED ALTRI RACCONTI

Tredici racconti in cui vengono trattati con arguta osservazione i comuni comportamenti, i sentimenti, i mutevoli amori, i rapporti degli uomini.

All'originale e fantasioso stile dell'autore si aggiunge, nella seconda parte del libro, la novità di riprendere il racconto per far conoscere gli sviluppi delle storie raccontate.

Centrostampa, Melfi (PZ) - pp. 320, euro 11,00

Luigi Robert

I RACCONTI DEL CAPOLINEA

Una linea urbana come allegoria della vita andando verso il capolinea. In questo andare l'autore riporta alla mente fatti e personaggi del passato e li confronta col presente e con il futuro che gli si appalesa nei festosi gridolini dei nipoti. Con la forza vitale dello scrivere vince così la mestizia della consapevolezza.

Edizioni OPI, Genova - pp. 191, euro 10,00

Giovanni Sciàra

I MONACI DI SANTU STASI

Una dozzina, o poco più, di racconti di ambiente siciliano. Quadretti che ricordano fatti, personaggi, parole, interessi, valori di un modo di essere e di pensare ormai dimenticati e vengono riportati alla luce per far rivivere le ovattate atmosfere di un passato, non così lontano da non poter riaffiorare nella mente di molti isolani.

L'Autore Libri, Firenze - pp. 93, euro 6,80

Gherardo Casaglia

MANUALE DI TAUROMACHIA

Un manuale sul mondo, la tecnica, la terminologia e i protagonisti della corrida che in Spagna e nel mondo annovera sinceri "aficionados", ma anche non pochi detrattori animalisti. Conoscere le regole e gli aspetti di ardimento, di pericolo e di folklore di quest'arte, permetterà al lettore di far sene un'idea più chiara ed informata.

Editrice "Lo Scarabeo", Bologna - pp. 90, euro 12,00

Pino Volpe

GRANI DI SABBIA

Poesie dolci, melanconiche che esprimono il dolore di un animo ansioso di sfuggire al peso dei ricordi e dei rimpianti, all'amarezza di una solitudine di cui ha consapevolezza e della quale aspira a liberarsi con un verseggiare che si stempera, a volte, in pittoriche immagini, delicate ed eterree, come la pittura orientale.

Pubblicato in proprio

Tel. 095 7631550 - pp. 188

Roma

Segnalazioni sulla situazione di disagio nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali

L'Ordine invita tutti i medici ed odontoiatri che operano nelle strutture sanitarie ed ospedaliere, ad inviare segnalazione, scritta o verbale, di situazioni di disagio che possono verificarsi nell'ambito dell'attività lavorativa e nei rapporti con le suddette amministrazioni, soprattutto in riferimento ad assegnazione di incarichi di Direzione di UOC e/o Dipartimenti a profili professionali non medici con sottoposti medici. L'Ordine farà propria la segnalazione rispettando, ove richiesto, il più stretto riserbo sul nominativo dell'esponente.

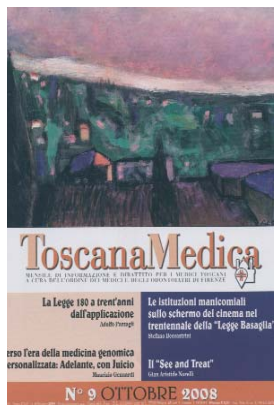
Per quanto sopra, si prega di contattare l'Ordine ai seguenti recapiti: Ufficio Segreteria, tel. 06 44171298, e-mail: segreteria.medici@ordinemediciroma.it



Firenze

**Meyer, le radici e l'orizzonte
(Storia dell'Ospedale Pediatrico
Anna Meyer di Firenze
1884-1950)
Esther Diana, Giunti Editore**

La notte del 14 dicembre 2007 l'Ospedale "Anna Meyer" si è trasferito, con una spettacolare operazione che ha coinvolto tutta la città, nella sede attuale di Villa Ognissanti, sopra la collina di Careggi. Si chiudeva così una parte importante di una storia iniziata tanti anni prima per merito di Giovanni Meyer ("Meyer" con la "e" e non "Mayer" come comunemente si dice!) che legò il proprio nome ad una delle istituzioni sanitarie sicuramente più amate dai fiorentini. L'Autrice, Segretario scientifico del Centro di documentazione per la storia dell'assistenza e della sanità, ci racconta con esattezza da studiosa la storia dell'"ospedalino", nato a Firenze in un periodo storico e culturale di grande fervore. Famosi i nomi della Pediatria che vi hanno lavorato e studiato, migliaia i bambini che nel corso degli anni vi sono stati curati. La storia del "Meyer" continua adesso a Careggi ed a mantenere vivi i ricordi di quanto vissuto nella storica sede di Via Luca Giordano viene in aiuto l'imponente apparato fotografico che impreziosisce il volume.



Alessandria

**I compensi per le visite fiscali Inps sono aumentati
a cura di Graziella Reposi**

Con il decreto datato 08.05.2008, pubblicato sulla G.U. n. 157 del 07.07.2008, il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ha aumentato i compensi per le visite domiciliari di controllo dei medici fiscali disposte d'ufficio dall'INPS o su richiesta dai datori di lavoro.

Il nuovo provvedimento conferma anche la disciplina delle stesse visite mediche di controllo contenuta nel decreto 12.10.2000, in attesa di una completa revisione delle norme che dovrà essere effettuata entro un anno. I nuovi compensi sono i seguenti: visita di controllo domiciliare eseguita in giorno ferialo euro 41,67, visita di controllo domiciliare eseguita in giorno festivo euro 52,82, visita di controllo domiciliare ferialo non eseguita a causa di mancata reperibilità del lavoratore euro 28,29, visita di controllo domiciliare festiva non eseguita a causa di mancata reperibilità del lavoratore euro 39,61, per ogni visita eseguita entro il perimetro urbano, viene corrisposto un rimborso di euro 6,00; per ogni visita eseguita fuori dal perimetro urbano, ma entro 20 chilometri, il rimborso è di euro 10,00, con l'aggiunta del costo di 1/5 di litro del prezzo medio di benzina verde o diesel per i chilometri, percorsi dall'abitazione del medico a quella del lavoratore, compreso il ritorno; per i percorsi superiori a 20 chilometri il medico avrà diritto ad euro 5,00 di rimborso più il costo di 1/5 di litro del prezzo medio del carburante; a ciascun medico è anche riconosciuto, a titolo di rimborso spese di aggiornamento professionale, un contributo annuo forfettario di 500,00 euro.



Rovigo

**Tra chirurghi è possibile solo lo studio tecnico.
(dal Sole 24 ore)**

Tre professionisti chirurghi possono svolgere la loro attività sotto forma di società di capitali (Srl) o di persone (Sas/Snc)?

Si ritiene che i chirurghi possano creare solo una associazione professionale, ai sensi dell'articolo 1 della legge 1815/39 che impone ai professionisti che intendono associarsi per l'esercizio della professione la dizione di studio tecnico seguito dal nome e cognome, con i titoli professionali dei sin-



goli associati. Per una modifica di tale normativa occorre attendere e verificare se il nuovo Parlamento intende proseguire l'iter parlamentare del disegno di legge delega c.2160 in materia di riordino delle professioni intellettuali, che prevede, tra l'altro nella proposta di testo unificato all'articolo 3, lettera 1) "che la professione possa essere esercitata in forma individuale o in forma associata o in forma societaria"; all'articolo 32 che: "È consentita la costituzione di società per l'esercizio di attività professionali, che possono essere ammesse a godere di agevolazioni fiscali, secondo i tipi previsti dal Codice civile e dalla legislazione vigente".

Venezia

In tema di reperibilità

In data 19 luglio 2008 è stata portata all'attenzione del Consiglio la lettera di una collega che si riporta di seguito:

"Oggetto: richiesta di cambio nuovo turno di reperibilità durante le vacanze scolastiche.

Dopo il turno di reperibilità, effettuato per il Dipartimento di prevenzione nella settimana di Natale 2007, sono stata assegnata anche a quella della settimana di Pasqua 2008, con molto sentito disappunto di mio figlio che non vuole più neppure dirmi le date delle sue vacanze da scuola. Forse perché, dal 2002, cioè da quando ero in dirigenza medica, in cui non potevamo turnarci che in tre per le reperibilità, questa azienda mi ha continuativamente in servizio a Natale e/o Pasqua, a capodanno, epifania e a ferragosto, e malgrado questa effettiva disponibilità, non riesco a ottenere uno scambio di turno, nonostante un numero di turnisti ora molto superiore a quello della dirigenza e reiterate richieste. Si osserva come ciò possa sembrare un comportamento da mobbing aziendale, che ricade addirittura sui familiari, e si chiede pertanto maggiore attenzione..."

Il caso è stato esaminato dalla Commissione pari opportunità che nella seduta del 4/06/2008 ha predisposto la seguente osservazione: *"La Commissione pari opportunità dell'Ordine dei medici di Venezia ha preso visione della nota inviata da un consigliere dell'Ordine relativa ad una segnalazione da parte di una collega medico che lamenta un eccesso di turni di reperibilità in periodi festivi, che causa importanti disagi familiari. Si auspica che la Direzione strategica dell'Azienda consideri quanto lamentato dalla collega X Y, in ottemperanza alla normativa vigente, nel rispetto dei ruoli di professionista e madre. Ruoli che rappresentano grandi ricchezze sulle quali la nostra società fonda il proprio progresso".*



Gorizia

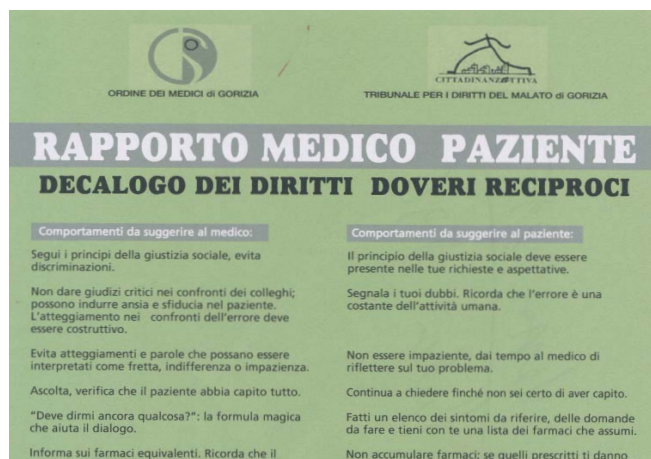
Rapporto medico paziente

Decalogo dei diritti-doveri reciproci

(a cura dell'Ordine dei medici di Gorizia e del Tribunale per i diritti del malato di Gorizia)

Comportamenti da suggerire al medico:

- 1) Segui i principi della giustizia sociale, evita discriminazioni.
 - 2) Non dare giudizi critici nei confronti dei colleghi; possono indurre ansia e sfiducia nel paziente. L'atteggiamento nei confronti dell'errore deve essere costruttivo.
 - 3) Evita atteggiamenti e parole che possano essere interpretati come fretta, indifferenza o impazienza.
 - 4) Ascolta, verifica che il paziente abbia capito tutto.
 - 5) "Deve dirmi ancora qualcosa?": la formula magica che aiuta il dialogo.
 - 6) Informa sui farmaci equivalenti. Ricorda che il rapporto costo/efficacia è fondamentale per la gestione delle risorse della salute. Rifuggi dalle richieste di medicalizzazione della vita.
 - 7) Dai alla patologia sospetta o in atto la giusta priorità per le liste di attesa. Ricorda che il rapporto personale vale più di ogni anonima richiesta scritta.
 - 8) Ricordati di tenere aggiornati i dati dei pazienti. Oggi il computer ti dà una mano e il tempo impiegato ad acquisire abilità informatica viene ampiamente recuperato.
 - 9) Rispetta l'autonomia del tuo paziente, informalo sulle opzioni terapeutiche perché possa esprimere serenamente la propria scelta. Cerca di evitargli inutili sofferenze e dolore.
 - 10) Il rapporto medico-paziente è basato su fiducia e rispetto... per entrambi.
- (Il decalogo consta anche di 10 comportamenti da suggerire al paziente)



Previdenza integrativa, a che cosa serve

FondoSanità, un sistema a capitalizzazione dove ognuno rimane titolare del patrimonio versato e del rendimento prodotto negli anni dagli investimenti. Una serie di domande utili per i medici interessati all'ambito della previdenza integrativa

di Claudio Capra (*)

1) A che cosa serve la previdenza integrativa, visto che abbiamo già quella obbligatoria?

La prima risposta è che permetterà di mantenere, al momento della pensione, il tenore di vita abituale, visto che la previdenza obbligatoria non potrà garantire una rendita tale da avere le stesse qualità e abitudini godute durante il periodo lavorativo, e dato che per il calo della natalità nel nostro paese e per l'aumento della vita-media i "pensionati" sono già ora troppi per le possibilità di garantirne il mantenimento con i contributi dei "lavoratori".

I pensionati sono troppi e vivono troppo a lungo!!

2) Previdenza obbligatoria + previdenza integrativa: perché?

La previdenza obbligatoria

Il capitale maturato potrà al momento della pensione essere convertito in rendita vitalizia

ria garantisce la conservazione del patrimonio con un bassissimo livello di rischio, e questo è assolutamente logico, mentre la previdenza integrativa permette di fare investimenti con un lungo orizzonte temporale che rende possibile una diminuzione del rischio pur ricercando rendimenti più elevati.

Negli ultimi 30 anni un investimento azionario globale ha avuto un rendimento dell'11% l'anno !!

3) E le polizze individuali? E i piani di accumulo?

Le polizze pensionistiche individuali e i piani di accumulo costituiscono in gran parte la previdenza complementare individuale e sono proposti da promotori di assicurazioni e banche, ma bisogna ricordare e valutare che queste hanno sempre alti costi di gestione, i cosiddetti "caricamenti", e fruttano interessi decurtati di percentuali significative, le "aliquote di retrocessione", e ciò nel tempo rende assai minori i rendimenti e quindi diminuisce considerevolmente anche il capitale residuo.

Fondosanità ha costi di gestione amministrativa e finanziaria molto più convenienti!!

4) Previdenza complementare collettiva: FondoSanità

Per i lavoratori della sanità (medici, infermieri, farmacisti, vigilatrici d'infanzia) la forma più valida è questo Fondo pensione che, nato nel 1999 come FondoDentisti, primo e unico nel Paese, ora permette l'adesione ad una potenziale platea di quasi un milione di persone, oltre ai famigliari a carico, e chi avesse già aderito ad un Fondo pensione "aperto" può gratuitamente chiedere il trasferimento.

FondoSanità: sistema a capitalizzazione, dove ognuno rimane titolare del patrimonio versato e del rendimento prodotto negli anni dagli investimenti

5) C'è possibilità di scelta come tipo di investimento?

In base all'età ed alla pensione al rischio si può scegliere fra tre Comparti di investimento, e comunque il passaggio da uno all'altro, dopo alme-

no un anno di permanenza, è gratuito:

Comparto A = SCUDO: Rischio basso, investimento in titoli obbligazionari; Comparto B = PROGRESSIONE: Rischio medio, investimento prevalenti in obbligazioni (almeno il 45%);

Comparto C = ESPANSIONE: Rischio più elevato, investimento prevalente in azioni (almeno il 55%).

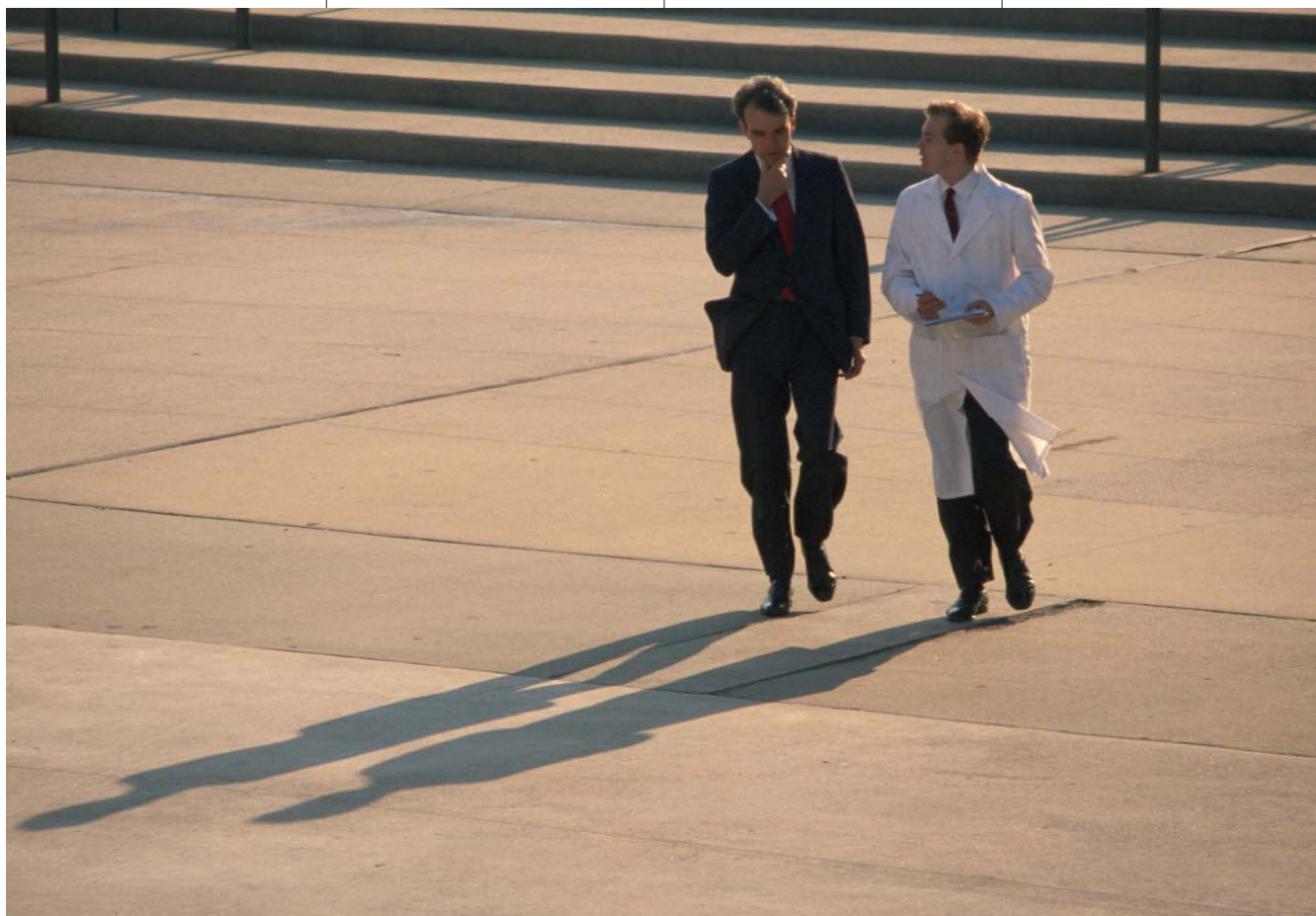
Commissioni di gestione da 0,10% a 0,15% molto convenienti (da uno a due punti e mezzo meno dei concorrenti fondi "aperti")!!

6) Ci sono anche vantaggi fiscali?

Molto convenienti (ma credo potrebbero e dovrebbero esserlo ancora di più) i vantaggi fiscali, poiché è deducibile una cifra di 5.164,57 euro l'anno, indipendente dalla detrazione Irpef del 19% per le polizze Vita eventualmente già stipulate, e dopo 15 anni di iscrizione al fondo la tassazione della rendita pensionistica diminuisce dal 15% al 9%.

Si pagano subito meno tasse e nessun altro investimento ha lo stesso rendimento immediato !!

Si pagano subito meno tasse e nessun altro investimento ha lo stesso rendimento immediato



7) Ma quali sono le prestazioni di Fondosanità?

Il capitale maturato (versamenti + interessi) potrà al momento della pensione essere interamente convertito in una rendita vitalizia (con la possibilità della reversibilità indicata al momento), oppure essere liquidato fino al 50% sotto forma di capitale ed il rimanente convertito in rendita. Inoltre fino ad un massimo del 10% del contributo annuale è possibile acquisire polizze assicurative per il rischio di invalidità e premorienza.

Preparati un futuro sereno!!

	TOTALE VERSATO	TOTALE ANNI	CAPITALE A 65 ANNI
DOTT. BIANCHI	13.000	13	69.102
DOTT. ROSSI	26.000	26	53.499

8) Sono un giovane collega: perchè conviene iniziare ora la contribuzione?

I maggiori vantaggi sono proprio per i colleghi più giovani, che possono sfruttare l'andamento dei mercati finanziari e la "capitalizzazione", che è quella enorme leva che moltiplica i nostri denari tanto più quanto più a lungo possono maturare i guadagni. Un esempio chiarificatore: Il dott. Bianchi, giovane professionista di 26 anni, decide di iniziare a versare subito 1.000 euro all'

anno, mentre l'amico e coetaneo dott. Rossi pensa sia meglio aspettare qualche tempo. Dopo 13 anni il dott. Bianchi interrompe i versamenti, mentre il dott. Rossi, a 39 anni, inizia a dare allo stesso fondo pensione 1.000 euro all'anno e continua fino all'età della pensione (65 anni) per un totale di 26.000 euro. Per effetto della "capitalizzazione", ipotizzando un rendimento medio per entrambi del 5% annuo, il capitale finale sarà di 69.102 euro per

il dott. Bianchi che ha versato in tutto 13.000 euro, mentre il dott. Rossi avrà solo 53.499 euro, pur avendo versato il doppio (vedi tabella).

9) Conclusione: partire presto, anche con risorse limitate, per avere il massimo dei vantaggi.

Un vecchio ma sempre attuale suggerimento: **Pensa oggi al tuo domani !!**

(*) Segretario
FondoSanità

Sessantenni alla riscossa

di Maricla Tagliaferri

Il segno dei tempi? Lo straordinario successo di *Pranzo di ferragosto*, un film interpretato da quattro vecchiette over 80. L'immagine-simbolo dell'anno? Meryl Streep, classe 1949, che si tocca la punta dei piedi volando in aria in un salto

acrobatico nel musical *Mamma mia!*. Signore, è l'ora della riscossa. Basta, non se ne può più di ragazzine patinate e tutte uguali, di cantanti che a quarant'anni si fanno di botolino e si spacciano per trentenni, come ha confessato Anastacia. È del secolo scorso la splendida Isabella Rossellini licenziata da una casa di cosmetici perché troppo vecchia: a quarant'anni. Oggi, testimonial di un'altra nota ditta è Diane Keaton, l'indimenticabile Annie Hall, musa di Woody Allen, che ha svoltato i sessantadue.

Gli schermi sono pieni di attrici mature. Charlotte Rampling, l'inquietante protagonista di *Portiere di notte*, che dopo *La duchessa* ha in vista altri tre film. Kim Basinger, una ragazzina del '53, che non teme di interpretare la madre di Charlize Theron in *The burning plain*. Julie Christie, che di anni ne ha 67, la luminosa del *Dottor Zivago*, oggi è la protagonista di *Lontano da lei*, in lotta contro l'Alzheimer. E che dire di lady Helen Mirren, sessantaquattrenne, che non solo vince un Oscar per *The Queen*, ma si piazza al primo posto delle sessantenni più sexy del mondo nella classifica stilata da un sito Internet. E di Candice Bergen, sì proprio quella di *Soldato blu*, che tiene la scena in *Women*, remake del film di Cukor. Il bello è che nessuna di loro ha chiesto aiuto al bisturi, nessuna ha ceduto come sciaguratamente ha fatto Catherine Deneuve.

Ma cosa sta succedendo in questo mondo dove fino a qualche tempo fa c'era posto solo per personaggi giovanissimi? "Ci sono molte più donne a capo degli studios, molte più registe e sceneggiatrici che pensano in modo diverso", spiega Meryl Streep.

E infatti. A capo della Disney c'è Anne Sweeney, la trentesima donna più influente al mondo secondo la rivista *Forbes*. In cima alla Sony Pictures c'è Amy Pascal, artefice di successi tipo *Il codice Da Vinci* e *Spider-Man*. Stacey Snider ha portato alla Universal gli Oscar per *Il Gladiatore* e *A beautiful mind* e oggi è co-presidente della Dreamworks. Paula Wagner, classe 1946, ha rifondato con Tom Cruise la United Artists e ora si sta giocando il tutto per tutto col controverso *Valkirye*. Kathleen Kennedy, che insieme a Frank Marshall e Steven Spielberg

produsse con la Amblin, robette come *E.T.* e *Indiana Jones*, a 55 anni ha al suo attivo il più alto incasso globale di tutti i tempi: 5 miliardi di dollari.

Tutti nomi stranieri, vero. L'Italia è indietro anche qua. Da noi si riscoprono professioniste storiche come Anna Proclemer o Lisa Gastoni, ma solo per piccoli ruoli. L'unica a sbandierare da protagonista le rughe intorno agli occhi è Stefania Sandrelli. In compenso continuano a lavorare registe come Liliana Cavani, della quale è appena andato in onda *Einstein*, e Lina Wertmüller, che ha sfidato la 'ndragheta e non ha pagato il pizzo per girare *Mannaggia la miseria*. Ma soprattutto, da noi l'altra metà del cielo tiene alta la bandiera produttiva del cinema d'autore. Dietro i fratelli Taviani c'è da tempo immemorabile Grazia Volpi. Accanto a Roberto Faenza c'è Elda Ferri, produttrice anche di *La tigre e la neve* e *Pinocchio*, di Benigni. E Donatella Botta, produttrice di *L'uomo che ama* che ha inaugurato il Festival di Roma, angelo custode di preziosi film come *L'aria salata* e *Preferisco il rumore del mare* di Calopresti. Donne coraggiose che spesso scommettono su nuovi talenti. E vincono. •

Meryl Streep



Ci sono molte più donne a capo degli studios, molte più registe e sceneggiatrici che pensano in modo diverso

Santa Cecilia compie cento anni

di Piero Bottali

Fa bene allo spirito celebrare il primo secolo di vita della più importante orchestra sinfonica italiana che, dal lontano 1908 fino ad oggi, ha raccolto successi e consensi internazionali dando lustro mondiale all'Italia. Ma la sua storia, pur se

punteggiata da egregi risultati musicali e culturali, è stata spesso in salita. Se la musica è la migliore ambasciatrice di una nazione allora possiamo dire senza paura di smentite che l'Orchestra dell'Accademia di Santa Cecilia ha ottimamente rappresentato l'Italia nel mondo, e i suoi primi cento anni di vita ci paiono l'occasione adatta per tracciarne brevissimamente il percorso.

Scriva Bruno Cagli, attuale presidente dell'Accademia: "La solenne apertura dell'Augusteo, il 16 febbraio 1908, rispondeva ad un progetto o, meglio, alla visione ambiziosa di riscattare Roma dalla sudditanza musicale che aveva avuto per lunghi anni e di farne una capitale della musica e dello spettacolo". Progetto che è culminato solo recentemente, nel 2002, con la costruzione dell'Auditorium, capiente e acusticamente pregevole, che forse ha finalmente posto Roma al livello di cultura musicale di altre grandi capitali. E a scorrere i nomi dei direttori dell'Orchestra, i massimi mondiali, non v'è dubbio che tale livello sia stato raggiunto, o perlomeno sia solo faccenda di tempo, quando la fruizione della "difficile" musica classica avrà coinvolto sempre più vasti strati di pubblico.

L'idea embrionale di un'orchestra stabile nacque dalla volontà e dall'intraprendenza del conte Enrico di San Martino e Valperga, presidente dell'Accademia e assessore comunale a Roma, che già dal 1895 gettò le basi per un organismo sinfonico degno di questa qualifica, cosicché fin dal primo anno di nascita dell'Orchestra si svolsero regolari stagioni di concerti sinfonici, che inizialmente suo-

nò nell'Augusteo. Fino alla sua dolorosa demolizione, nel 1936, si susseguirono nomi che hanno fatto la storia della musica classica contemporanea. Nel 1910 Gustav Mahler diresse due concerti, nel 1911 Arturo Toscanini debuttò con la *Messa da requiem* di Verdi, subito replicata; nel 1917 si ebbe la prima esecuzione mondiale delle *Fontane di Roma* e delle *Antiche arie e danze* di Ottorino Respighi; nel 1918 la prima, acclamata tournée in Svizzera; nel 1921 Arthur Nikish, direttore dei celebri *Berliner*, diresse cinque concerti. Importanti le prime esecuzioni mondiali dell'orchestra: nel 1923 Bernardino Molinari diresse *La sagra della primavera* di Stravinsky, nel 1924 *I pini di Roma* di Respighi,

la *Missa solemnis* di Beethoven e la *Grande messa da requiem* di Berlioz. Nel 1936, per contestatissimi motivi archeologici, l'Augusteo venne demolito e i concerti si svolsero nel Teatro Adriano, poi nel Teatro Argentina ed infine nella sede "provvisoria" dell'auditorium Pio di via della Conciliazione. Provvisoria per modo dire poiché si dovranno aspettare oltre sessant'anni "complici la guerra, il dopoguerra e, perché non dirlo?, l'insensibilità tutta italiana per la musica", scrive ancora Bruno Cagli, per avere una nuova, dignitosa sede per i concerti. Dal 1949 al 1958 è l'epoca d'oro: tutti i massimi interpreti mondiali collaborano con l'Orchestra. Oggi si profila un altro periodo roseo: alla direzione dal 2005 c'è Antonio Pappano e al nuovo Auditorium una sala è interamente e stabilmente dedicata all'Orchestra di Santa Cecilia. Possiamo ben sperare. •



COMUNALE

ANFITEATRO COREA

MUNICIPIO DI ROMA
R. ACCADEMIA DI S. CECILIA

Domenica 16 Febbraio 1908, alle ore 4 pom.

CONCERTO ORCHESTRALE

DIRETTO DA

GIUSEPPE MARTUCCI

PROGRAMMA

ROSSINI. — Ouverture dell'opera *L'assedio di Corinto*.

BEETHOVEN. — Sinfonia N. 3 (*Eroica*).
Allegro con brio — Marcia funebre — Scherzo — Finale.

MOZART. { a) Andante.
 b) Minuetto.

WAGNER. { *Vita della foresta* (dal *Siegfried*).
 Ouverture dell'opera *Tannhäuser*.

PREZZI

Platea: Poltrone distinte L. 5 — Poltrone L. 2 — Sedie L. 1,50
Anfiteatro (posti numerati) L. 1 — Galleria Cent. 50
(tutto compreso l'ingresso)

Palchi L. 25 — Ingresso ai palchi Cent. 50

NON VI SONO POSTI IN PIEDI

La vendita dei biglietti avrà luogo Sabato 15 nell'Ufficio di Viaggi della Società per il movimento dei forestieri al Corso Umberto I, 872 e Domenica 16 presso l'Anfiteatro Corea in via de' Pontefici.

Roma, Tip. Cagliati.

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

GIACOMO MANZÙ - SCULTORE. GLI ANNI DELLA RICERCA BERGAMO

fino all'8 febbraio 2009

In occasione del centenario della nascita, sessanta opere di collezioni pubbliche e private ripercorrono il periodo centrale dell'attività di uno tra i maggiori scultori italiani del XX secolo.

GAMEC - Galleria d'arte moderna e contemporanea

telefono: 035 399528

FUTURISMO 1910-1915, IL CENTENARIO DEL MANIFESTO BOLOGNA

fino al 30 gennaio 2008

In concomitanza con l'esposizione parigina, la mostra presenta una raccolta di opere uniche appartenenti al primo periodo del movimento futurista.

Galleria Di Paolo Arte

telefono: 051 225413

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

fino al 25 gennaio 2009

L'esposizione è dedicata alle opere su carta del pittore, ovvero disegni ed acquerelli, provenienti dalla prestigiosa collezione del Kröller-Müller Museum.

Museo di Santa Giulia
telefono: 0422 429999
www.lineadombra.it

CAPOLAVORI ETRUSCHI DALL'ERMITAGE

CORTONA (AR)

fino all'11 gennaio 2009

La mostra consente di poter ammirare una trentina di eccezionali reperti, in parte mai esposti in Italia prima d'ora.

Maec - Museo dell'Accademia Etrusca e della città di Cortona

telefono: 0575 637235

www.cortonamaec.org

TURNER E L'ITALIA FERRARA

fino al 22 febbraio 2009

La mostra affronta per la prima volta in maniera esaustiva l'intero arco della produzione di Turner, evidenziando il ruolo fondamentale dell'Italia nella formazione della sua poetica.

Palazzo dei Diamanti

telefono: 0532 244949

www.palazzodiamanti.it

L'ALTRA FACCIA DELL'ANIMA. RITRATTI DI GIOVANNI FATTORI (1825 - 1908)

FIRENZE

fino al 25 gennaio 2008

Oltre sessanta ritratti straordinari in mostra sottraggono Giovanni Fattori

allo stereotipo dei soggetti militari e delle maremme contadine e ne sottolineano la complessità della figura.

Palazzo Pitti - Galleria d'arte moderna
telefono: 055 2388616

GEORGES SEURAT, PAUL SIGNAC E I NEOIMPRESSIONISTI MILANO

fino al 25 gennaio 2009

Importante mostra incentrata sulle figure di Georges Seurat e Paul Signac, con una selezione di straordinari dipinti provenienti dai più importanti musei del mondo.

Palazzo Reale

telefono: 02 54919

www.ineoimpressionisti.it

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

fino al 15 gennaio 2009

Due celebri collezioni a confronto, da una parte i maggiori maestri dell'impressionismo e delle avanguardie europee del Novecento, dall'altra i protagonisti dell'arte italiana tra Ottocento e Novecento.

Palazzo Baldeschi al Corso

telefono: 199 199111

www.fondazionecprg.it

DA REMBRANDT A VERMEER. VALORI CIVILI NELLA PITTURA FIAMMINGA E OLANDESE DEL SEICENTO

ROMA - fino al 15 febbraio 2009

Per la prima volta in Italia sarà finalmente possibile ammirare una ricca selezione di opere appartenenti alla più importante collezione al mondo di dipinti fiamminghi e olandesi del XVII secolo, quella della Gemäldegalerie di Berlino.

Museo del Corso

telefono: 06 6613462

www.museodelcorso.it



H. Fantin-Latour - Dahlias, roses, gladiols - particolare

Interazione tra scultura, spazio e paesaggio

Quindici opere a carattere monumentale di Arnaldo Pomodoro sono riunite a Milano nella mostra *Arnaldo Pomodoro Grandi Opere 1972 – 2008*, a cura di Bruno Corà, inaugurata lo scorso 4 ottobre. L'esposizione si potrà visitare fino al prossimo 22 marzo

di Serena Bianchini

Per chi ha sempre ammirato il velato misticismo che si può leggere nelle innumerevoli opere di Arnaldo Pomodoro sparse per l'Italia e nel mondo, contemplato quei pilastri scalfiti e ricoperti dai graffiti, le sfere, i dischi e i con, o per chi si è soltanto fermato curiosa-

mente a guardare quelle opere indecifrabili che si trovano di solito all'aperto sotto la luce riflettente del sole, trova svelato il criptico messaggio che le riveste. Infatti nella mostra di Pomodoro sono esposte tutte le sue opere più simboliche, quelle che sintetizzano un percorso lungo quasi quarant'anni. Dalle frasi dell'artista si

legge: "Per me, infatti, la massima aspirazione è quella di ambientare le mie opere all'aperto, tra la gente, nelle piazze e nel verde, cercando un'interazione profonda fra lo spazio dell'architettura e del paesaggio e quello della scultura. A volte mi sono riferito al mito con l'intento di mostrare nell'opera, attraverso il mio linguaggio

di espressionismo astratto, l'universo dell'uomo e dei suoi simboli, nel rapporto con la terra e la durata della sua testimonianza". Arnaldo Pomodoro, uomo brillante nato a Montefeltro nel 1926, è passato dagli altorilievi con l'uso di un linguaggio inedito alle opere di grande dimensione esponendo in tutto il mondo. Le sue creature si trovano in permanenza a Milano, Los Angeles, nel piazzale della Farnesina a Roma, alle Nazioni Unite di New York; sono opere che omaggiano la me-

moria, il racconto, il tema del viaggio ben rappresentato da una delle sue tre sculture inedite presenti alla mostra, "Ingresso nel labirinto", lavoro dedicato a Gilgamesh, eroe della mitologia sumera e simbolo del primo testo poetico del 2000 a. C.. È interessante osservare, camminando attorno a opere alte più di 14 metri come l'Obelisco o il Grande portale dedicato a Edipo di quasi 12 metri di bronzo, come i lavori comunichino tra di loro, come siano tra di loro in movimento e in linea con i pensieri dell'artista, fortemente basati a terra ma anche in collegamento con l'universo. Se si osserva bene nei tagli delle sfere o delle torri, avvicinando lo sguardo fino a pochi centimetri dalla scultura, si leggono gli ingranaggi, messaggi non decifrati che però ricordano antichi segni che scavano in profondità come se civiltà mai esistite avessero cercato di lasciare un messaggio. È da sottolineare l'uso eccezionale e affascinante che Pomodoro fa dell'antica tecnica a cera persa, che si dipana tra lunghissimi passaggi e materiali come l'argilla, il gesso e la cera, e quest'ultima sciogliendosi lascia posto al bronzo. Difficile solo immaginare questo procedimento su capolavori monumentali come quelli del grande artista montefeltrino. •

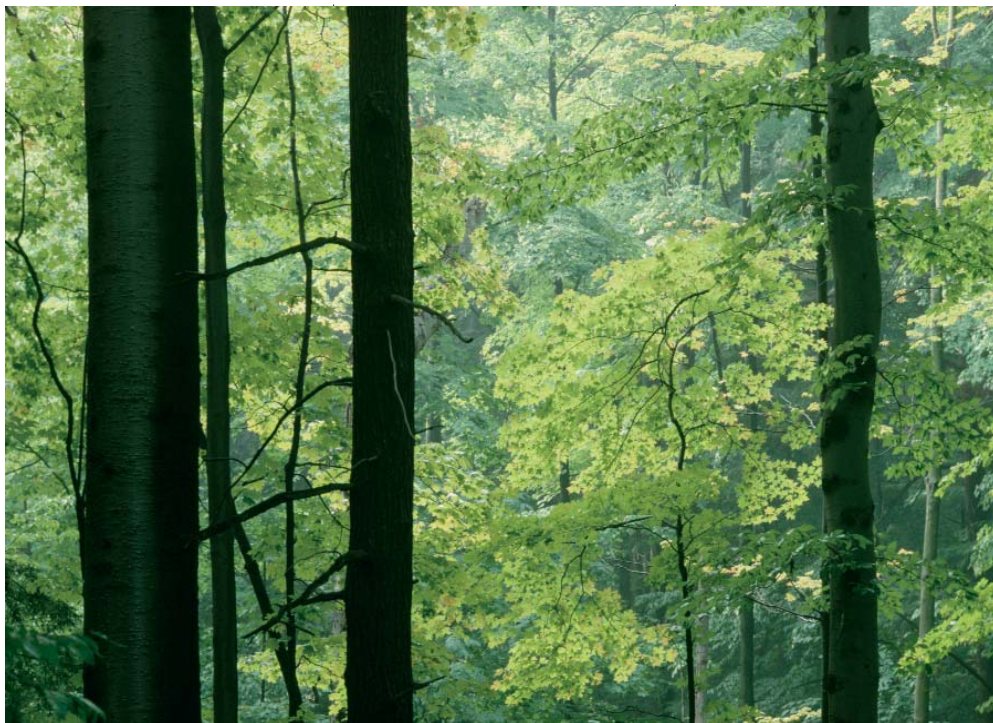


Arnaldo Pomodoro, *Punto nello Spazio 2003*, bronzo e corten, diam 250x40 cm

Viene dal Brasile l'“albero della vita”

di Carolina Bosco Mastromarino

Il Lapaco, albero noto in sud America come rimedio usato contro l'asma, il cancro, la leucemia, i reumatismi e l'eczema. Il frutto è una capsula legnosa che contiene dei semi alati: c'è anche il decotto



Il Lapaco è un albero della famiglia delle Bignoniacee e originario del Brasile, dove è chiamato Albero della vita. Infatti, il Lapaco è uno dei rimedi più conosciuti e usati dagli indigeni della foresta amazzonica, che impiegano la corteccia dei rami per curare le malattie infettive e degenerative da tempo immemorabile. Questa pianta è diffusa anche in Bolivia e Perù e conosciuta in tutto il Sud

America come rimedio dalle numerose proprietà. La sua popolarità in Occidente e il suo uso terapeutico si devono agli studi del botanico brasiliano Va-

**Il Lapaco
esiste in diverse
varietà:
a fiori gialli
rosa, rossi
e purpurei**

ler Accorsi dell'Università di Sau Paulo.

Già nel 1967 i giornali argentini avevano citato il Lapaco come rimedio usato dalle popolazioni di Tucuman, ai piedi delle Ande, contro l'asma, il cancro, la leucemia, i reumatismi e l'eczema. Successivamente il botanico Teodoro Meyer fece ulteriori studi su questa pianta che confermarono tutto ciò che già si sapeva.

Il Lapaco esiste in diverse

varietà: a fiori gialli, rosa, rossi e purpurei. Il frutto è una capsula legnosa che contiene dei semi alati.

Parti della pianta impiegate: la parte interna della corteccia soprattutto delle varietà a fiori rosa e purpurei.

Principi attivi: Naftochinoni tra cui Lapacolo e Tetralapacolo, Xiloidone, Quercitina Carnosolo Coenzima Q10, Vit K, Antrokinoni, Saponine steroidee ecc ecc.

Proprietà terapeutiche: battericide, atimicotiche, antiossidanti, immunostimolanti e antitumorali, antalgiche. Normalizza, inoltre, i globuli bianchi e induce un significativo aumento dei globuli rossi.

Una varietà di Lapaco, la Tabebuia Brepta philla, sembra che inibisca l'assorbimento degli zuccheri quindi si ritiene utile come coadiuvante nella cura del diabete.

Per uso interno si può assumere anche sotto forma di decotto.

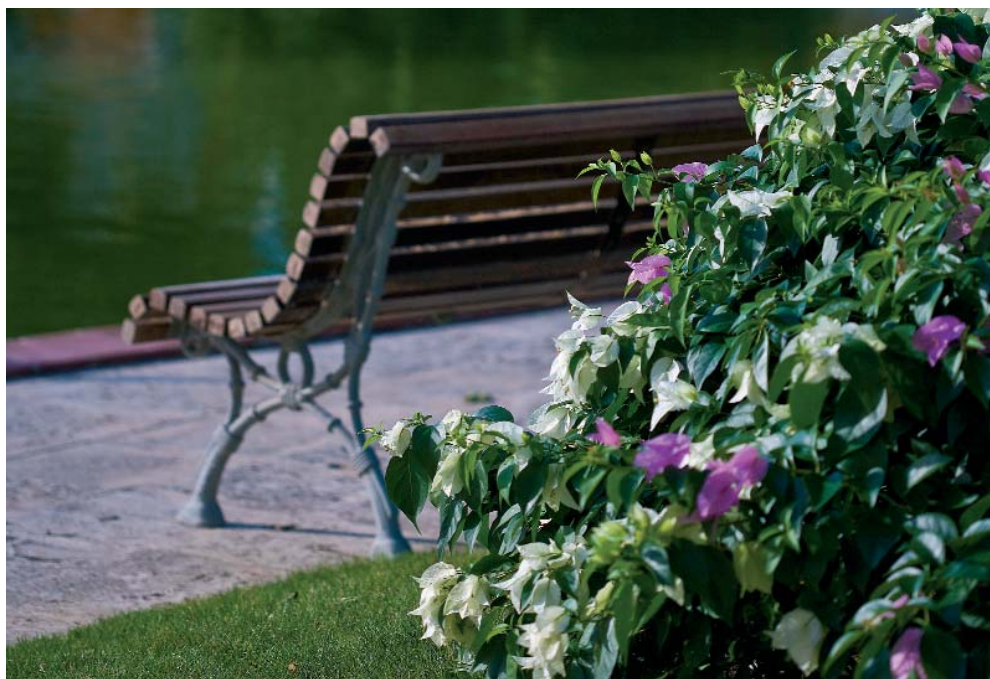
Per uso esterno si può usare come pomata o sotto forma di impacchi utilizzando il decotto per curare ustioni, emorroidi, infiammazioni, ferite, allergie ed eczemi.

Non sono segnalate controindicazioni, ma comunque è opportuno usare cautela in gravidanza e allattamento. Tuttavia, nonostante la popolarità di questa pianta, sono in corso ulteriori studi per valutarne scientificamente le effettive proprietà. •

Oasi fiorite contro il degrado

di Diana Geraldini

Si definiscono “guerriglieri” e stanno proliferando un po’ dovunque, sono determinati e coraggiosi e agiscono prevalentemente di notte, colpiscono e si dileguano nel buio. Ma chi sono?



“guerrigliere verdi” fanno parte di un gruppo aperto a tutti il cui obiettivo è quello di trasformare gli angoli più squallidi di città e paesi in aiuole verdi e fiorite. Come vedono anche il più piccolo appezzamento pieno di rifiuti o di erbacce, intervengono con pale, zappe, semi, piante e, soprattutto di notte, quando i controlli sono meno assillanti, iniziano quello che definiscono “attacco verde”, decisi a rendere attraenti con i colori delle fioriture aiuole abbandonate, pezzetti di ter-

ra, anche minuscoli, destinati a pattumiere all’aperto, zone dimenticate da chi dovrebbe averne cure. Il gruppo impegnato in questa insolita attività si chiama “Guerrilla gardening” che, con piccoli atti dimostrativi, si oppone al degrado urbano. Il fenomeno, nato circa trent’anni fa negli Stati Uniti, è stato poi esportato in Gran Bretagna per giungere un paio di anni fa anche in Italia. L’iniziativa nostrana la si deve ad un manipolo di giovani milanesi sul quale si sono innestati

gruppi sempre più numerosi, sorti in ogni angolo della Penisola. “Tutti i giorni – affermano i promotori – nuovi guerriglieri verdi si aggiungono alla nostra causa per trasformare in piccole oasi colorate sterili e impersonali spazi comuni. La gente approva il nostro operato, vivai e produttori di semi ci aiutano con consigli e donandoci il materiale necessario. Comunque tutti applaudono le nostre azioni”. L’attività di queste persone va svolta con una certa cautela. Se si vuole ad esempio

bonificare una rotonda intorno alla quale scorre il traffico, bisogna intervenire nelle ore notturne, anche per evitare l’intervento dei vigili che potrebbero elevare multe per chissà quali trasgressioni. “Basta un pugno di semenze – dicono – per riempire di belle di giorno e bocche di leone angoli degradati; una pianta di rose costa pochi euro e una di rosmarino o di alloro diffondono intensi profumi”. Molti sono i “bollettini di guerra” che si possono leggere sui siti web corredati spesso da documentazioni fotografiche. C’è, ad esempio, il racconto del primo “attacco” compiuto in Sicilia, a Mazzara del Vallo, dove Silvana e Giovanni, due persone non più giovani, hanno trasferito dal loro terrazzo varie piante per interrare in una zona centrale con un rapido e ben preparato blitz all’alba, con tanto di pale, zappe e contenitori di acqua per la prima innaffiatura. “Poi siamo scappati come due ladri – raccontano Silvana e Giovanni – eppure avevamo dato, non rubato. Ogni giorno passiamo di lì e ammiriamo la nostra aiuola di cui andiamo fieri”. Al grido di “Pino libero!”, poi, Gianluca di Prato ha affrancato una tuja costretta in un vaso ormai troppo piccolo, trasferendola in un giardino pubblico. Infine i “guerriglieri” del verde lanciano un appello ai graffitari: “Invece di imbrattare i muri delle città perché non vi unite a noi per realizzare qualcosa di bello?”. •

Le Petronas Twin Towers, costruite dall'architetto argentino Cesar Pelli tra il 1995 e il 1998, sono alte 452 metri e costituiscono una delle più imponenti opere d'ingegneria dell'uomo



A spasso per la Malesia

Un paese “melting pot” tra tradizione e innovazione. La patria di Sandokan, il famoso personaggio di Salgari, affascina con i suoi esempi estremi di architettura contemporanea, la sua foresta fluviale e le isole da sogno

di Mauro Subrizi

Appena giunti in Malesia, il paese appare subito in tutta la ricchezza della tradizione culturale che gli è propria: popolato da una mescolanza di malesi, cinesi, indiani e da gruppi etnici indigeni, vanta una varietà unica di tradizioni culturali che si manifesta tramite fastose celebrazioni annuali. Sorprendenti le

bellezze naturali: spiagge magnifiche e tratti di foresta tropicale primaria tra le più antiche del mondo, fortunatamente accessibili in quasi tutta la sua estensione.

KUALA LUMPUR. Fondata a metà Ottocento, è la più giovane capitale del Sud-Est asiatico ed anche la più attiva, dopo Singapore, dal punto di vista economico. Oltre ad esse-

re una città in costante crescita, come dimostra la presenza di numerosi cantieri aperti, è ricca di interessanti esempi di architettura contemporanea come le famose Petronas Towers. Mercati e bancarelle di cibo si estendono a profusione nelle vie moderne in cui sorgono i palazzi delle banche e degli uffici. Sicura e vivibile, ha forti radici nella tradizione: i manager malesi, che si reca-

no al lavoro in abiti occidentali, preferiscono i costumi tradizionali del loro paese per il tempo libero e per le celebrazioni delle festività nazionali.

MALACCA. A meno di tre ore di viaggio dalla capitale in direzione Sud sorge **Malacca**, splendida nella sua raffinatezza architettonica, è la culla della civiltà malese e tappa obbligata per chi visita il paese. Le

testimonianze di tutte le dominazioni passate costituiscono la principale attrattiva per i turisti. Tutte le sere alle ore 21.00 in Padang Pahlawan Square c'è uno spettacolo di luci e suoni in lingua inglese che illustra il percorso storico della città.

LE ISOLE. Più a Nord, lungo la costa occidentale, si trova l'isola di **Penang**, primo insediamento britannico della regione, caratterizzata da bellissime costruzioni coloniali restaurate



Una spiaggia della magnifica isola di Pulau Tioman



Il tempio Dhammikarama Burmese a Penang

con garbo. Il capoluogo **Georgetown** è vivacizzato dal movimentato quartiere cinese di Chinatown.

Viaggiando lungo la costa orientale della penisola ci si può rilassare visitando la magnifica isola di **Pulau Tioman**, sin dagli anni Settanta, quando il *Time* la inserì nella top ten delle isole più belle del mondo, una delle più amate dai villeggianti. Nonostante i gravi danni arrecati dal turismo di massa alla barriera corallina e alla fauna acquatica, l'isola ha dimostrato notevoli capacità di recupero e non visitarla sarebbe un errore. Come il resto della costa orientale della penisola, anche Pulau Tioman viene colpita periodicamente dai monsoni, il che rende difficili i collegamenti via mare tra novembre e febbraio.

LE FORESTE. Attraversare l'entroterra montagnoso della penisola su strada o ferrovia consente

di avventurarsi nelle foreste tropicali ancora vergini di **Taman Negara**. È il parco nazionale più grande e conosciuto della Malesia, situato a 250 km a Nord-Est di Kuala Lumpur. La foresta pluviale, che è la più antica del mondo, è attraversata da numerosi sentieri suggestivi, e per chi decidesse di pernottare vi sono bungalow, rifugi e campeggi. Per avvistare qualche grande mammifero è necessario fare dei trekking di tre o quattro giorni. Chi pernotta nei rifugi (si tratta di case sugli alberi costruite nei punti in cui gli animali vengono a leccare il sale sulle pietre) avrà la possibilità di vedere il tapiro e i bufali, senza dimenticare gli uccelli di cui questo parco conta oltre trecento specie. Nella stagione delle piogge (metà ottobre-febbraio) alcuni sentieri e alcuni tratti di fiume potrebbero essere chiusi ai visitatori. •



HO PRESENTATO DOMANDA DI RISCATTO

Caro Presidente,

vorrei sottoporre alla tua attenzione alcuni quesiti relativi alla mia situazione pensionistica. Mi sono laureato nel 1980 e svolgo l'attività di medico di medicina generale dal 1982. Dovrei maturare nel 2017, a 62 anni, la pensione di anzianità. Nell'aprile 2007 ho fatto richiesta, presso l'Enpam, di riscatto dell'anno di servizio militare e di tre anni del corso di studi universitario (sono in attesa che l'Ente quantifichi il costo dell'operazione per poi dare eventualmente l'adesione definitiva alla pratica). Al di là del beneficio fiscale, che dovrebbe prevedere la completa deducibilità della somma ai fini Irpef, e dell'aumento dell'ammontare della pensione di anzianità, questa operazione sarà utile anche ai fini di un anticipo della maturazione dell'età pensionabile?

Ed inoltre: a quanto ammonterebbe l'importo della prestazione pensionistica sia nel caso di eventuale anticipo dell'età pensionabile, sia nel caso di pensionamento all'età di 62 anni (in questa ultima ipotesi con e senza contributo di riscatto)? Aggiungo che, tendenzialmente, non avrei intenzione di ritirare il quindici per cento della pensione maturata.

Sperando di aver posto in modo chiaro i molti quesiti e di non aver abusato della tua disponibilità, ti porgo i più cordiali saluti.

(Lettera firmata)

Caro Collega,

il riscatto degli anni di laurea e del servizio militare ti permetterebbe di maturare in tempi più brevi il requisito dei 35 anni di contribuzione previsto dalla normativa attualmente in vigore per accedere alla pensione di anzianità e, quindi, potresti anticipare l'età del pensionamento alla data di compimento del 58° anno di età.

In tal caso, infatti, tenuto conto delle c.d. "finestre di uscita" (Legge 449/97), il trattamento previdenziale decorrerebbe dal 1° luglio 2014.

Cessando l'attività professionale alla suddetta data, l'importo che ti verrebbe erogato a carico del Fondo dei Medici di Medicina Generale sarebbe pari a circa euro 2.800,00 mensili lordi. A titolo meramente informativo, ti faccio presente che se optassi per il trattamento misto, convertendo in indennità di capitale una quota pari, nel massimo, al 15% della pensione maturata, avresti diritto ad una pensione mensile lorda pari a circa euro 2.400,00 e ad una indennità di circa euro 75.700,00 lordi.

Nel caso in cui, invece, volessi attendere il compimento del 62° anno di età, non definendo i riscatti in parola, la pensione,

considerate le "finestre di uscita", decorrerebbe dal 1° gennaio 2018 e sarebbe pari a circa euro 3.200,00 mensili lordi. Con il trattamento misto, a fronte di un'indennità di circa euro 78.200,00 lordi ti verrebbe corrisposta una pensione di circa euro 2.700,00 mensili lordi.

Infine, alla medesima data, ma tenendo conto degli anni eventualmente riscattati, il trattamento previdenziale mensile sarebbe pari a circa euro 3.500,00 lordi; mentre, optando per il trattamento misto avresti diritto ad una pensione di circa euro 3.000,00 mensili lordi e ad un'indennità lorda di circa euro 85.900,00.

Devo, comunque, precisarti che, a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni.

Ti saluto cordialmente.

Eolo Parodi



MI CONVIENE EFFETTUARE UNA PREVIDENZA INTEGRATIVA?

Gentile Professore,

da un po' di tempo leggo costantemente i suoi articoli sul Giornale della Previdenza e con la presente sono a chiedere informazioni circa la mia posizione previdenziale.

Sono un libero professionista, per adesso da sempre a convenzione con Irccs e Asl (nei prossimi anni potrei decidere

di diventare dipendente del SSN) e vorrei sapere (sono nato nel '66, laureato in Medicina nel '95, specializzato nel 2000 e libero professionista): se e quando è opportuno per me chiedere il riscatto degli anni di laurea e il riallineamento contributivo (mi comunicano alcuni colleghi che sono vicino all'età giusta per chiederlo); se è conveniente per me e cosa comporta effettuare una previdenza integrativa e presso quali agenzie o istituti è consigliabile attivarla (banche, istituti di credito, lo stesso Enpam, etc.); quando inizierei a percepire la pensione, a quanto ammonterebbe, ed in special modo a quanto ammonta la parte riferita alla quota contributiva B, che dal 2003 (anno di superamento del reddito per la sola Quota A) pago con grande sacrificio dato il suo elevato ammontare.

Gradirei la risposta per lettera, email e sul Giornale della Previdenza. Grazie.

(Lettera firmata)

Caro Collega,

il Fondo di Previdenza Generale, al quale risulti attualmente iscritto, eroga esclusivamente pensioni di vecchiaia; pertanto, dovrai attendere il compimento del 65° anno di età per godere del trattamento pensionistico.

In particolare, la contribuzione minima obbligatoria da te versata alla "Quota A" ti darà diritto a percepire una pensione annua lorda pari a circa euro 4.200,00; mentre, a carico della "Quota B" ti verrà

corrisposta una prestazione di circa euro 21.100,00 annui lordi.

L'importo da ultimo indicato è stato determinato ipotizzando costante fino al 65° anno di età la contribuzione relativa all'attività libero professionale (allo stato circa euro 5.600,00 annui).

In merito agli istituti del riscatto di laurea e di allineamento contributivo, la normativa regolamentare dell'Enpam inerente il Fondo della Libera Professione – "Quota B" del Fondo Generale prevede la possibilità di accedervi dopo aver maturato, per il riscatto di laurea, un'anzianità contributiva al Fondo non inferiore a dieci anni, mentre per quello di allineamento un'anzianità non inferiore a cinque anni, di cui, in entrambe le fattispecie, almeno uno maturato nel triennio immediatamente precedente l'anno della domanda. Ti faccio presente, comunque, che il costo del riscatto viene determinato in base ad una serie di elementi quali l'entità dei contributi versati, il numero di anni coperti da contribuzione al Fondo e l'età anagrafica raggiunta dall'iscritto al momento della richiesta. Pertanto, se presenterai la domanda appena raggiunti i requisiti sopra indicati, l'onere a tuo carico sarà di importo meno elevato.

Gli uffici competenti, dietro apposita richiesta, provvederanno ad inviarti una comunicazione nella quale sarà indicato l'esatto ammontare dell'onere ed il conseguente incremento di pensione. La proposta dovrà essere accettata entro 120 giorni dall'invio della stessa, in caso contrario la domanda decade automaticamente.

Per quanto riguarda, infine, il quesito inerente la previdenza complementare, c'è la possibilità di iscriverti al "Fondosanità", di recente costituzione. Per maggiori informazioni puoi contattare la segreteria del Fondo al n. 06/48294333. Ti saluto cordialmente.

E. P.



A QUANTO AMMONTERÀ LA MIA PENSIONE?

Caro Presidente,
mi sono laureato nel 1986 ed ho svolto quasi esclusivamente la libera professione, se si eccettua qualche periodo di guardia medica e qualche sostituzione nell'ambito della specialistica ambulatoriale per i quali ho dei contributi nei relativi fondi. Sono quindi iscritto al Fondo Enpam "Quota B" dal 1990, sto pagando il riscatto di 10 anni (6 di laurea + 4 di specializzazione). Vorrei sapere: dando per scontato il livello di contribuzione attuale a quanto ammonterà la pensione quando verrà a maturazione. Se si può essere fatto qualche altro aggiustamento migliorativo (altri tipi di riscatto). Grato per la sua disponibilità Le invio i più cordiali saluti.

(Lettera firmata)

Caro Collega,
il Fondo di Previdenza Generale, al quale sei iscritto, eroga esclusivamente trattamenti pensionistici di vecchiaia; pertanto, la rendita ti verrà riconosciuta dopo il compimento del 65° anno di età.

Riguardo alla quantificazione del trattamento di quiescenza che percepirai a carico della "Quota A" della gestione in parola, supponendo costante la contribuzione fino al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico, la pensione è quantificabile in circa euro 300,00 lordi mensili.

Relativamente alla "Quota B", invece, proiettando il contributo riferito al reddito prodotto nell'anno 2006 fino al compimento del 65° anno di età, l'ammontare della rendita pensionistica è quantificabile in circa Euro 2.100,00 lordi mensili. Il predetto importo è stato determinato supponendo l'estinzione del debito residuo, relativo al riscatto degli anni del corso di laurea e di specializzazione.

Presso il Fondo medici di Medicina generale risultano accreditati contributi per un importo pari ad euro 8.120,16, riferiti ad attività professionale svolta in convenzione negli anni 1989, 1990 e 1991 e a decorrere dal mese di ottobre 2002 al mese di novembre 2005. Detti contributi, unitamente a quelli accreditati presso il Fondo Specialisti Ambulatoriali, pari ad euro 371,60, ti daranno diritto a percepire, dopo il compimento del 65° anno di età, una ulteriore esigua rendita pensionistica, che verrà cumulata con quella che percepirai a carico del Fondo di Previdenza Generale.

Per quanto concerne le opportunità contemplate dalle vigenti norme regolamentari, che ti permetterebbero di aumentare la misura del futuro trattamento di quiescenza, c'è la possibilità di presentare domanda di riscatto di allineamento contributivo presso "la Quota B" del Fondo di Previdenza Generale. Tramite tale istituto, infatti, è possibile allineare la contribuzione riferita ad uno o più anni di attività professionale, nei quali la stessa risulti inferiore, a quella accreditata sul Fondo negli ultimi 36 mesi: la presentazione di una domanda di riscatto di allineamento non determina alcun vincolo; potrai decidere se far pervenire la tua adesione dopo aver valutato i connessi benefici pensionistici, dettagliatamente illustrati nella lettera di proposta che gli uffici provvederanno ad inviarti. L'allineamento di tutti gli anni di contribuzione accreditati presso la "Quota B" del Fondo di Previdenza Generale, determinerebbe un onere a tuo carico pari a circa euro 118.000,00, a fronte di un incremento pensionistico pari a circa euro 10.500,00 lordi annui. Tramite l'accettazione parziale, tale riscatto offre all'iscritto l'opportunità di modulare l'entità del proprio trattamento pensionistico sulla base delle proprie valutazioni, specificando agli Uffici l'incremento desiderato. Ti informo, al riguardo, che un incremento pensionistico pari ad Euro 1.000 lordi annui, compor-

terebbe un onere a Tuo carico pari ad Euro 11.000,00 circa. Devo precisare, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



FRA TRE ANNI "STACCO" LA SPINA

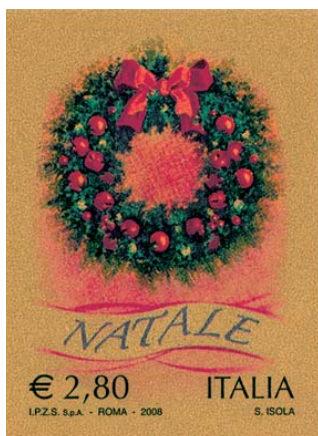
Egregio Presidente,
con la presente le chiedo gentilmente di sapere a quanto ammonterà la mia pensione di vecchiaia (fra tre anni) e se, in caso di premorienza, al coniuge superstite spetti qualcosa. I miei dati salienti sono i seguenti: anno di laurea 1970; inizio contribuzione nel 1972 (con contribuzione minima dovuta fino al 1979); dal 1980 contribuzione minima ridotta dovuta (come ospedaliero dal 1974); in pensione di anzianità dal 2002. Ringrazio e saluto cordialmente.

Caro Collega,
presso questa Fondazione risulta attiva unicamente la posizione previdenziale accesa presso la "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale, dove confluiscono i contributi minimi, alla cui corresponsione sei vincolato in conseguenza dell'iscrizione all'albo professionale di categoria.

Riguardo alla quantificazione del trattamento pensionistico che percepirai, dopo il compimento del 65° anno di età, a carico della gestione in parola, supponendo costante la contribuzione, la rendita ammonterebbe a circa Euro 150,00 lordi mensili, reversibili nei confronti del coniuge superstite nella misura del 70%.

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E.P.



di Gian Piero Ventura

Anche quest'anno, come ogni anno, arriva dicembre e giunge il Natale. Perché allora, nel *tourbillon* di indecisioni e dubbi non fare un regalo dentellato...? Confezioni e folder filatelici sono gradevoli e disponibili ovunque e, in questo 2008, ci è stata riservata anche una proposta preziosa! Dando subito un'occhiata alle emissioni in uscita non possiamo non notare infatti quella di Poste Italiane, con gli ormai usuali due soggetti: uno religioso di 0,60€ che riproduce la



Francobolli "d'arte" sotto l'albero

Opere di Lorenzo di Credi, Raffaello Sanzio e Albrecht Dürer, ma anche di un artista contemporaneo come l'altoatesino Josef Costazza, sono state scelte per le emissioni natalizie. Il tema laico di Poste Italiane è in lamina d'oro

Madonna col Bambino in trono tra due angeli, dipinto cinquecentesco di Lorenzo di Credi (a Brescia) con il quale si potranno affrancare lettere e cartoline augurali; mentre il secondo del valore di €2,80, a tema laico con ghirlanda e la scritta grande Natale, è realizzato col prezioso metallo su fogli laminati in oro fino (2 grammi per metro quadrato), utile per auguri... brillanti, diciamo.

Il Vaticano dal canto suo emette congiuntamente con la Germania, rappresentando *L'adorazione dei Magi* e *La nascita di Cristo*, opere di due tra i più grandi pittori del Rinascimento: Raffaello Sanzio e Albrecht Dürer. Quest'ultimo nella pala centrale dell'altare di Paumgartner (datata 1498 circa) sposta la nascita di Cristo in un ambiente costruito in prospettiva, in cui Maria ed il Bambino sono presentati all'osservatore in una sorta di "cornice" e messi in evidenza dall'architettura circostante. L'altare fu commissionato dalla famiglia patrizia Paumgartner di Norimberga, i cui membri sono visibili, in miniatu-

ra, come partecipanti all'evento rappresentato. La pala è attualmente conservata presso la Alte Pinakothek di Monaco.

L'affresco creato su bozzetti di Raffaello fa invece parte della complessa elaborazione artistica della terza loggia del Palazzo Apostolico della Città del Vaticano (1517 - 1519). Ispirata dalle decorazioni di antichi edifici, la bottega di Raffaello adornò pareti e volte con lavori a stucco e dipinti in stile grottesco, tra cui numerose rappresentazioni bibliche, delle quali fa parte *L'adorazione dei Magi*.

La Repubblica di San Marino, anche quest'anno, dedica al Natale l'emissione di una serie filatelica moderna composta da tre valori. I bozzetti sono stati realizzati dall'artista contemporaneo altoatesino Josef Costazza con colori dominanti bianco e il blu, un richiamo alla bandiera del piccolo Stato, tant'è che nel francobollo da €1,00 dietro all'angelo, che offre un dono, sveltano proprio le torri del Titano.

Infine il Sovrano Militare Ordine di Malta che, dopo



l'emissione congiunta con la Santa Sede (per celebrare la firma del 24 giugno per la convenzione postale tra i due), provvederà anch'esso al francobollo per il Santo Natale, con un soggetto che sicuramente seguirà l'impostazione degli ultimi anni, riproducendo tele di famosi artisti come, tra gli altri, Pinturicchio ('07), Rubens ('05) e Beato Angelico ('02).

Insomma tutto questo per dire che, in definitiva, volete mettere il piacere di ricevere una busta con sopra un bel francobollo invece della solita e-mail? E comunque...buone.feste@tutti!!! •





a cura
dell'avv. Pasquale Dui (*)

Il medico convenzionato è del tutto libero, sia nell'organizzazione che mette a disposizione del paziente, sia nella scelta delle cure da praticare, per cui non può qualificarsi come ausiliario dell'Asl; con la conseguenza che l'Asl non sarà responsabile, in sede civile, dell'operato del medico convenzionato: questo è quanto recentemente stabilito dalla Corte di Cassazione con la sentenza n. 36502 del 23.09.2008.

Nella pronuncia in commento la Cassazione Penale affronta la tematica dei rapporti tra Azienda sanitaria locale (Asl) e medico convenzionato, sotto il profilo dell'addebito di responsabilità per danni provocati da quest'ultimo: confermando il proprio precedente orientamento, la Suprema Corte ha escluso la responsabilità civile dell'Asl, dal momento che, la stessa, "in concreto, non esercita sul medico, alcun potere di vigilanza, controllo o direzione" e, pertanto, il professionista non può essere ritenuto un preposto che non svolge la sua attività in piena autonomia.

Medici convenzionati, l'Asl non ha responsabilità

La Corte di Cassazione, con la sentenza n. 36502 del 2008, ha definito la figura del professionista che svolge il proprio lavoro presso l'Azienda sanitaria locale.

Il medico non può qualificarsi come ausiliario

In buona sostanza, il medico convenzionato è del tutto libero sia nella predisposizione dell'organizzazione che mette a disposizione del paziente sia nella scelta delle cure da praticare.

La Corte chiarisce, infatti, che l'attuale assetto normativo non opera una distin-

zione tra la posizione del medico convenzionato e quella del medico non convenzionato, "tanto che, in ambedue i casi, può ritenersi che il professionista goda dello stesso tipo di libertà nell'esecuzione delle sue prestazioni, al di fuori di ogni controllo preventivo

di merito o di potere di direzione da parte della Asl di riferimento".

È pertanto da escludere l'operatività degli artt. 1228 e 2049 c.c. (norme che pongono a carico del datore di lavoro la responsabilità per i danni arrecati dai suoi dipendenti con dolo o colpa), non potendosi sostenere che il fatto commesso dal sanitario convenzionato con il Servizio sanitario nazionale sia in qualche modo riferibile all'Asl.

Se ne ricava, quindi, che il professionista non potrà essere considerato come una *longa manus* della Asl, né quest'ultima potrà essere considerata un imprenditore o comunque, un committente che organizzi l'attività dei suoi collaboratori o del proprio personale.

La prestazione sanitaria, infatti, non viene fornita direttamente dall'Asl; unico debitore del "servizio sanitario" deve essere considerato il medico, dovendosi escludere la ricorrenza di qualunque relazione fra l'Azienda sanitaria ed il paziente. •

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



BENEMERENZE AL MERITO, LA LISTA DEI PREMIATI

Questa la lista dei premiati con le "Benemerenze al merito della Sanità pubblica", assegnate dal ministro del Welfare Maurizio Sacconi:

Medaglie d'oro: la bandiera di guerra dell'aeronautica militare (insignita alla presenza del Capo di Stato Maggiore dell'Aeronautica generale di squadra aerea Daniele Tei); Gianni Letta (sottosegretario alla Presidenza del Consiglio); Enrico De Antoni (professore di Chirurgia generale della Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università La Sapienza); Antonio Del Gaudio (Policlinico S. Orsola di Bologna); Pietro Della Porta (capo sezione operazioni del Comando Carabinieri per la tutela della salute); Enrico Garaci (presidente Istituto superiore di sanità); Agostino Miozzo (direttore generale ufficio volontariato, relazioni istituzionali ed internazionali del Dipartimento di Protezione civile); Guioanni Muto (direttore struttura complessa urologia ospedale S. Giovanni Bosco di Torino); maresciallo Antonio Pesare (scuola addestramento reclute Aeronautica militare); Vincenzo Petiti (chirurgo oculista); ufficiale generale ispettore Ottavio Sarlo.

Medaglie d'argento: colonnello Antonio Concezio Amoroso; tenente colonnello Ernesto Di Gregorio; Cosimo Prantera (direttore Unità Gastroenterologia San Camillo Forlanini); colonnello pilota Patrizio Vezzoli.

Medaglie di bronzo: Luigi Maria Rizzi (presidente provinciale sezione di Napoli dell'Associazione nazionale della sanità militare italiana); capitano Sergio Tirro' (comando carabinieri tutela della salute).

Attestazioni al merito della sanità pubblica: maresciallo aiutante Vincenzo Attico; capitano Paolo Belgi; luogotenente Nicola Catanese; maresciallo capo Angelo Colangelo; maresciallo capo Michele Corona; luogotenente Orazio Pellegrini; sottotenente Vincenzo Scarfogliero.

BORSA DI STUDIO IN MEMORIA DI MARIA BONINO

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Valle d'Aosta bandisce un concorso per l'assegnazione di una Borsa di Studio annuale in memoria della dottoressa Maria Bonino già iscritta a questo Ordine Professionale e deceduta in Africa nell'espletamento dei suoi doveri professionali.

La Borsa di Studio è indirizzata ai giovani medici che presentano lavori di ricerca sulle problematiche sanitarie più rilevanti, quali ad esempio malattie infettive e malnutrizione nella popolazione materno-infantile nei Paesi in Via di Sviluppo. Possono partecipare al concorso tutti gli iscritti da non più di sei anni dalla data del presente bando agli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri d'Italia. I predetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la partecipazione al bando di concorso. I candidati al premio dovranno far pervenire entro e non oltre il 31/12/2008 all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Valle d'Aosta - Corso Lancieri, 5 - 11100 Aosta: domanda in carta semplice redatta come da modello allegato; copia del lavoro di ricerca (es. tesi di laurea e/o di specializzazione); curriculum universitario; documentazione di pregresse esperienze personali di cooperazione in progetti sanitari nei Paesi in via di Sviluppo.

La Commissione giudicatrice effettua, a suo giudizio insindacabile, entro il 28/02/2009 la valutazione dei lavori e dei curriculum presentati. Per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Aosta: Tel. 0165/32953 fax 31134.

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma

giornale@enpam.it

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldreghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

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

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno

email: archivio.giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - ablestock.com

**MENSILE - ANNO X - N. 10
DEL 24/11/2008**

**Di questo numero sono
state tirate 431.370 copie**

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche

41100 Modena (MO) - v. Gran Bretagna, 50

tel: 059 312500 - fax: 059 312252

email: centralino@coptip.it

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

Libera Professione "Quota B"

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

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

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

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

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

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2009);
- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R.) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo.

Contributo obbligatorio "Quota A"

Pagamento

Il 30 novembre è scaduto il termine per il pagamento della quarta rata del contributo obbligatorio "Quota A".

Trattamento ordinario del Fondo di Previdenza Generale

Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1944 potranno presentare la domanda di pensione ordinaria, nel corso dell'anno 2009, dal compimento del 65° anno di età.

Il modulo verrà recapitato al domicilio degli iscritti unitamente alla dichiarazione concernente il diritto alle detrazioni d'imposta, da allegare obbligatoriamente compilata in ogni sua parte.

Area Riservata - Operazioni MAV smarriti o non ricevuti

Per accedere all'area riservata ed usufruire dei servizi on-line è necessario essere registrati al sito www.enpam.it. Per informazioni riguardanti la registrazione contattare il SAT al n.° 06 4829 4829 oppure via fax al n.° 06 4829 4444 o scrivere a sat@enpam.it.

Gli utenti registrati possono stampare on-line il duplicato dei bollettini MAV "Quota B" già emessi a loro carico. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito.

Riscatti - Acconto

Gli iscritti che hanno presentato domanda di riscatto e sono in attesa di ricevere il prospetto di calcolo, possono effettuare il versamento di un acconto entro il 31 dicembre 2008 mediante bonifico bancario presso: Banca Popolare di Sondrio - IBAN: IT06 K 05696 03200 000017500X50.

Nella causale del bonifico indicare i seguenti dati: cognome e nome - codice Enpam - tipologia del riscatto - Fondo sul quale è stato richiesto il riscatto.

Il versamento può essere effettuato anche contestualmente alla presentazione della domanda di riscatto.

Per la tempestiva rendicontazione da parte del Servizio Riscatti e Ricongiunzioni, dovrà essere trasmessa, entro e non oltre il 15 gennaio 2009, copia della ricevuta del bonifico al seguente numero di fax: 06. 48294. 978

Mancato ricevimento del bollettino - In caso di mancato ricevimento del bollettino MAV con scadenza 31/12/2008 è possibile contattare la Banca Popolare di Sondrio al numero verde 800.24.84.64.

