

IL GIORNALE DELLA Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri



PARODI
Sempre
parole
di speranza

ENPAM
Equilibrio
dei Fondi
di previdenza

PENSIONATI
Controllate
bene
l'indirizzo



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

un futuro di certezze.

Per mantenere il tuo standard di vita dopo aver cessato l'attività lavorativa avrai necessità del 75/80% dell'attuale reddito professionale. FondoSanità è la risposta alle tue esigenze di integrazione previdenziale.



www.advenir.it

Per aderire:

- A) Scaricare dal sito internet **www.fondosanita.it** la SCHEDA DI ADESIONE e il MODULO DI BONIFICO.
- B) Spedire la SCHEDA DI ADESIONE compilata unitamente alla copia del BONIFICO EFFETTUATO alla Segreteria di FondoSanità, Piazza della Repubblica, 68 - 00185 Roma.



PER INFORMAZIONI:

Tel. 06 48294333 Sig.ra DANIELA BRIENZA

Tel. 06 48294337 Sig.ra PAOLA CINTIO

Fax 06/48294284 - E-mail: segreteria@fondosanita.it

www.fondosanita.it

Fondi chiusi o fondi aperti?

FondoSanità (fondo "chiuso" riservato ai lavoratori del settore) si fa preferire ai numerosi fondi "aperti" disponibili sul mercato per evidenti e concreti vantaggi:

- possibilità di scelta e di eventuali cambiamenti dei gestori;
- influenza sulle scelte attraverso le elezioni dei Rappresentanti dell'Assemblea e del C.d.A.;
- influenza sulle scelte strategiche ed organizzative del fondo;
- commissioni di gestione (tra 0,10% e 0,15%) nettamente inferiori ai fondi aperti (in generale tra 0,60% e 2%) e quindi solo 1,5% in 10 anni e non il 6-20%, con sensibili differenze nei rendimenti accumulati e quindi nel capitale e nella rendita vitalizia;
- nessuna spesa per pubblicità e nessuna commissione da corrispondere a venditori o agenti.

Prestazioni pensionistiche

Il diritto alla prestazione pensionistica complementare si acquisisce con almeno cinque anni di partecipazione. L'associato potrà chiedere che gli venga liquidato subito, sotto forma di capitale, al massimo il 50% dell'importo maturato, mentre il rimanente verrà impiegato come premio unico per l'acquisto di una rendita vitalizia rivalutabile personale oppure reversibile (moglie, ecc.). In misura non eccedente il 10% della propria contribuzione annua, è possibile acquisire polizze vita assicurative complementari per la copertura dei rischi di invalidità e premorienza. Il regime di capitalizzazione (il capitale versato più i rendimenti accumulati serviranno a garantire le prestazioni pensionistiche future) e di contribuzione definita (il livello contributivo è predefinito e la pensione è in funzione del rendimento netto del fondo) scelti da FondoSanità, lo rendono uno strumento previdenziale sicuro, trasparente, vantaggioso, necessario.

CAPITALE TOTALE

Euro 51.645,69
Euro 154.937,07
Euro 258.228,45

RENDITA ANNUALE LORDA

Euro 3.640
Euro 10.920
Euro 16.650,64

Esempio di rapporto tra capitale accumulato (versamenti + rendimenti) e rendita vitalizia calcolato utilizzando un coefficiente medio di conversione per l'età di 65 anni. (Legge 335/95)

Come pagare MENO TASSE

I benefici fiscali per chi aderisce a FondoSanità sono consistenti: i versamenti infatti sono oneri deducibili in capo all'iscritto per un importo annuale complessivamente non superiore a 5.164,57 euro.

Per i familiari a carico i versamenti sono deducibili dal reddito IRPEF del "capofamiglia", sempre nel limite complessivo di 5.164,57 euro; la deducibilità fiscale, peraltro, è indipendente dalla detrazione di imposta IRPEF del 19% per le Polizze Vita eventualmente stipulate dall'iscritto prima del 1° gennaio 2001. Inoltre la tassazione della rendita vitalizia del 15% è ridotta dello 0,30 per ogni anno eccedente il 15° anno di partecipazione fino ad arrivare al 9%.



Chi Siamo: FondoSanità, approvato dalla COVIP il 26 luglio 2007, è una associazione senza fini di lucro il cui unico obiettivo è quello di offrire un valido strumento di previdenza complementare agli esercenti le professioni sanitarie. Nasce dalla trasformazione del preesistente FondoDentisti che, costituito nel 1996, ha già assicurato la previdenza integrativa agli odontoiatri italiani dall'aprile 1999, risultando il primo fondo pensione chiuso destinato ai lavoratori autonomi. Possono già aderire a Fondosanità tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'ENPAM, gli infermieri iscritti all'ENPAPI, i farmacisti iscritti all'ENPAF e gli iscritti alla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI (infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia), nonché i soggetti fiscalmente a carico degli aderenti.

*La redazione augura ai lettori
Buon Natale e Felice Anno Nuovo*

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

2	Parole di speranza
3	Enpam: ieri, oggi, domani
4	"Casse", efficacia della privatizzazione
5	Centro studi della Federspev
6-7	Nuovi obblighi e antichi problemi
8	Equilibrio dei Fondi
9	Pensionati, attenzione all'indirizzo
10	Medici di bordo "qualificati"
11	Medicina su Internet
12	Assistere un familiare
13	Permessi per il padre
14	Tomografia ottica al computer
15	Numeri e formule anticancro
16-17	L'intervista/1: prospettive in ortopedia
18-19	L'intervista/2: dipendenza da Internet
20-21	L'intervista/3: farmaci contraffatti
22-23	Medici illustri. Aulo Cornelio Celso
24-25	Emergenze, la tubercolosi
26-27	Melanoma cutaneo
28-29	Medico nelle carceri

30-31	Aiuto a chi soffre
32-33	Risparmio dell'e-government
34-37	Congressi, convegni, corsi
38	"Fase 1" inaugurata a Cagliari
39	Notizie
40-41	Vita degli Ordini
42-45	Recensioni libri
46-47	Viaggi, ancora... Giappone
48	Fiori
49	Mostre ed esposizioni in Italia
50-51	Dada e Surrealismo
52	Accadde a... Dicembre
53	"Radio gioventù"
54-55	"Io interpreto un medico in famiglia"
56	I volti di Meryl Streep
57	I grandi della Chanson
58-60	Lettere al Presidente
61	Medici senza età
62	Filatelìa
63	L'avvocato
64	Conferenza dei giovani medici

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 dott.ssa Maria Bonino già iscritta a questo Ordine e deceduta in Africa nell'espletamento dei suoi doveri professionali. La borsa di studio è indirizzata ai giovani medici che presenteranno lavori di ricerca quali tesi di laurea e/o di specializzazione, sulle problematiche sanitarie più rilevanti, quali ad esempio malattie infettive e malnutrizione nella popolazione materno-infantile dei paesi in via di sviluppo. Il premio di euro 6.000,00 verrà assegnato sulla base della valutazione del lavoro di ricerca presentato, del curriculum universitario e della documentazione di pregresse esperienze personali di cooperazione a progetti sanitari 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 candidati dovranno far pervenire entro e non oltre il 31.12.2009 all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Valle d'Aosta - Corso Lancieri d'Aosta, 5 - 11100 Aosta: 1) domanda di partecipazione al concorso in carta semplice; 2) copia del lavoro di ricerca (es. tesi di laurea e/o di specializzazione); 3) curriculum universitario; 4) documentazione di pregresse esperienze personali di cooperazione in progetti sanitari nei paesi in via di sviluppo.

Per ulteriori informazioni: Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Valle d'Aosta tel. 0165/32953 - fax 0165/31134.

Parole di speranza



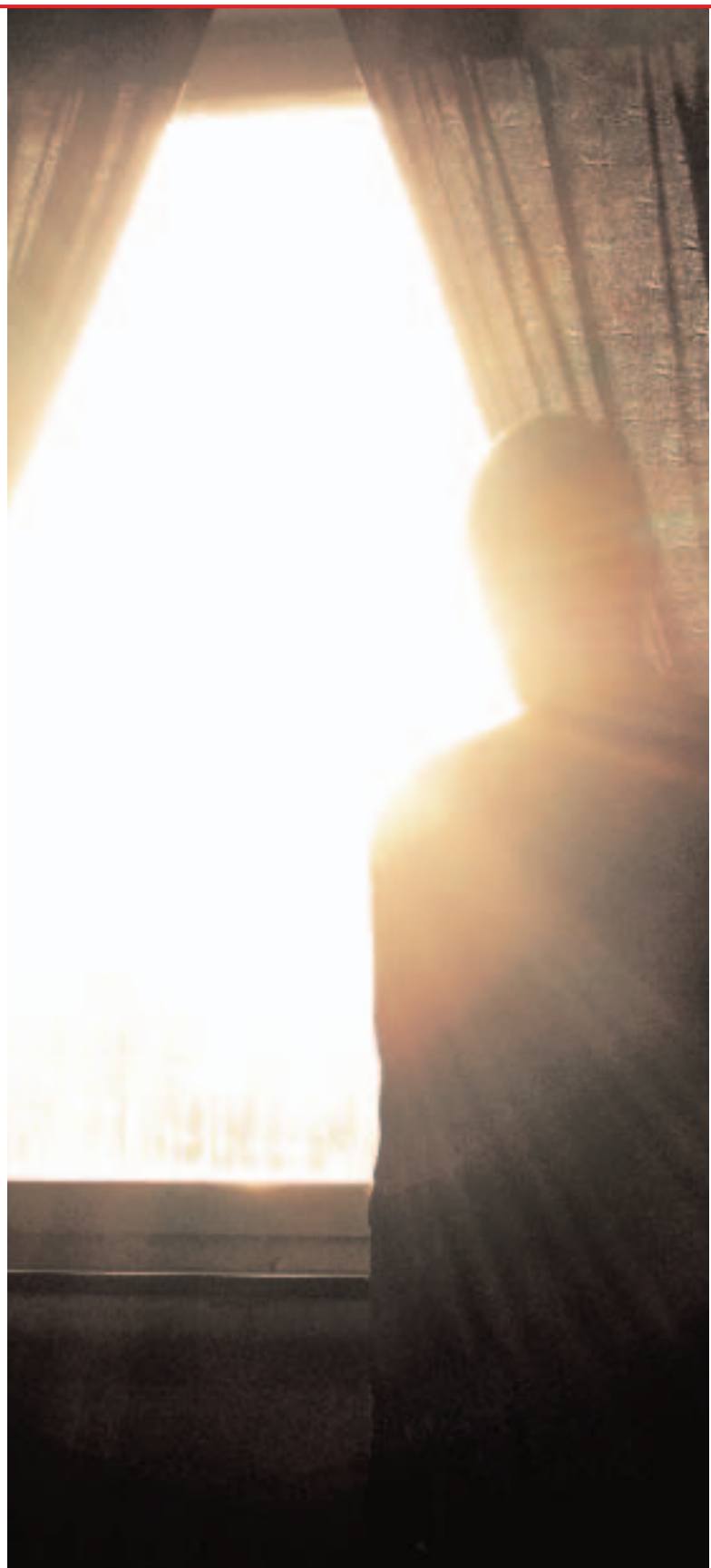
di Eolo Parodi

Andiamo incontro ancora una volta ad un lungo periodo festivo, che si conclude con l'inizio del nuovo anno. Di solito sono feste emozionanti e stupefacenti che meritano auguri sinceri. E' tradizione che io, ogni anno, trasmetta un messaggio affettuoso a tutti voi, alle vostre famiglie e, principalmente, a coloro che soffrono non solo la malattia, ma spesso l'indigenza. Un saluto particolare ai nostri pen-

sionati, agli anziani, ma anche 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 ce lo consentiranno. Care colleghe e cari colleghi, se potete dateci sempre più fiducia: noi ce la mettiamo veramente tutta. Ecco perché con tanto affetto e commozione vorrei abbracciare ognuno di voi.

In una società così triste, talmente spaventata che non crede in nulla e nessuno, penso che un po' di tenerezza offerta con umiltà possa rappresentare un raggio di sole che squarcia le tenebre. Per questo concludo con una massima a me cara che ha sempre orientato la mia vita e che vorrei tanto diventasse anche la vostra: "Se devi fare una cosa tanto vale farla bene". •



Parodi a Cagliari al congresso della Fimmg

Enpam: ieri, oggi e domani



Intenso ed applauditissimo intervento del nostro presidente Eolo Parodi al congresso nazionale della Fimmg di fronte a 1500 medici di famiglia riuniti in Sardegna. Ancora una volta, dopo la trionfale accoglienza avuta a Torino dai congressisti del Sumai, il medico che guida l'Enpam ha innanzitutto richiamato i colleghi all'orgoglio di ap-

partenenza alla professione più nobile che ci sia, invitandoli a rigettare tutte le provocazioni che riportano a divisioni e conflittualità interne, non dimenticando di ricordare polemicamente che sono la categoria "meno pagata" in Europa *(questa testimonianza ci è stata offerta dal dottor Fiorenzo Corti, responsabile nazionale della Fimmg che ringraziamo)*.

Il presidente ha rassicurato i congressisti sulla solidità della Fondazione Enpam che lui presiede da tempo e per la quale si è dichiarato, a scadenza di mandato, disponibile ad ogni ruolo che gli verrà assegnato dai me-

dici. Continuerà, insieme a tutta la rappresentanza medica che con lui opera all'interno dell'Ente, a garantire a tutti i contribuenti la pensione massima permessa dalla sostenibilità dei conti e l'assistenza solidale di cui recentemente, in seguito alle ultime tristi vicende dell'Abruzzo e Messina, si è data ampia dimostrazione pratica. Parodi, interrotto frequentemente dagli applausi dei convenuti, ha dichiarato che difenderà, unitamente al Consiglio di amministrazione dell'Enpam, il patrimonio della Fondazione (triplicato nel corso della sua gestione) dai ricorrenti attac-

chi da parte di chi è soggetto a facili voglie di sottrarre ai medici il frutto di dure fatiche e sacrifici. Un patrimonio finalizzato alla tranquillità futura dei pensionati e delle loro famiglie. Il nostro presidente è poi passato a parlare dei Fondi dell'Enpam. Per rispondere alle giuste esigenze di tenuta nel tempo dei bilanci dei Fondi verranno presto messe in pratica le opportune e rigorose manovre di riequilibrio, sempre nel confronto con le organizzazioni professionali interessate e nel rispetto dell'accettabilità sociale delle misure adottate.

La strategia per la tutela dell'attività post lavorativa che l'Enpam persegue si estenderà anche all'analisi di soluzioni aggiuntive per dare miglior potere di acquisto alle pensioni e per integrare volontariamente le stesse nella fase lavorativa. Parodi, acclamato dall'assemblea in piedi, ha concluso sottolineando con rigore l'assoluta trasparenza ed efficienza dell'operato dell'Ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri italiani, efficienza raggiunta e dimostrata anche nei momenti di difficoltà legati alla recente crisi economica mondiale. •

**Soluzioni
aggiuntive per dare
miglior potere
di acquisto
alle pensioni**

**Il presidente
ha confermato
ai congressisti
la solidità
dell'Enpam**



di Mario Falconi (*)

Con il D.Lgs 509 del 1995 l'Enpam, con altre Casse di previdenza, si privatizza diventando Ente di diritto privato con piena autonomia gestionale, contabile e amministrativa sotto il diretto controllo dello stato. Da allora molta strada è stata percorsa, con risultati gestionali che sono sotto gli occhi di tutti e che ci porta ad essere considerati tra i primi fondi pensione dell'Europa. Ovviamente riteniamo che a garanzia delle pensioni in essere e di quelle future di tutti i suoi azionisti, medici e odontoiatri, il controllo di organi dello stato sia assolutamente indispensabile. Qualche dubbio ci assale quando esso tende ad appesantire quelle ali di un volo che deve essere si si-

Considerazioni in difesa dell'Enpam

Casse previdenziali, l'efficacia della privatizzazione

Da più parti si sentono voci che vorrebbero ridurre gli spazi di libertà delle Fondazioni istituendo un nuovo soggetto che le raccolga tutte, riducendo le singole Casse libero-professionali sotto un'unica gestione

curo ma realmente libero. È noto a tutti che nel Consiglio di amministrazione dell'Enpam siedono, nominati da vari ministeri vigilanti, vari consiglieri e il presidente del Collegio sindacale. Ogni modifica sostanziale del nostro modo di governare deve essere approvata dagli stessi ministeri che esigono stabilità di bilanci con regole attuariali da loro emanate e per un periodo che è passato dai 15 ai 30 anni e con tendenziale a 50. Siamo soggetti a una doppia iniqua tassazione sui soldi in entrata e sulle pensioni e non sempre riusciamo ad avere risposte sollecite a richieste fatte nell'esclusivo interesse degli azionisti.

I richiami che il presidente del nucleo di valutazione della spesa previdenziale (Nuvap) Alberto Brambilla di tassi di ren-

dimento più prudenziali, vista la nostra mission di erogatori di pensioni e assistenza può essere senz'altro recepita. In effetti l'estrema variabilità dei rendimenti dei vari istituti possono farci considerare anche l'opportunità di discutere ad un tavolo tecnico regole più omogenee per la valutazione di patrimoni e rendimenti se si vogliono evitare paragoni non omogenei. Come spesso accade però c'è sempre qualcuno che tende di ridurre al minimo gli spazi di libertà ai quali un Ente privatizzato non può assolutamente rinunciare arrivando a dire: "Bisogna avere il coraggio di rimettere le mani nell'ordinamento previdenziale delle Casse privatizzate, istituendo un soggetto che le raccolga tutte, riducendo le singole Casse a gestioni. Insomma una sorta di

Inps delle Casse libero-professionali". •

P.S. Siamo ancora in attesa dal Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e da quello dell'Economia e delle Finanze dell'autorizzazione alla deroga, limitatamente agli esercizi finanziari 2009 e 2010 per uno stanziamento per prestazioni assistenziali che possa passare dal 5 all'8%. Provvedimento indispensabile per venire incontro alle tantissime colleghe e colleghi tristemente colpiti dal terremoto dell'Aquila e di altri comuni della Regione Abruzzo. Il nostro CDA ha deliberato tale richiesta in data 26 giugno c.a. e il mese successivo è stata inviata ai Ministeri. Per favore Signori delle Istituzioni vigilate, vigilate ma non appesantiteci le ali.

(*) Vice Presidente
vicario Enpam

Considerare anche l'opportunità di discutere a un tavolo tecnico regole più omogenee per la valutazione di patrimoni e rendimenti se si vogliono evitare paragoni non omogenei

Dalla privatizzazione è stata percorsa molta strada con risultati gestionali che sono sotto gli occhi di tutti e che ci portano ad essere considerati tra i primi Fondi pensione dell'Europa

È nato il Centro studi sulla terza età

L'attività della struttura sarà articolata, tra l'altro, nella raccolta e nell'analisi dei dati inerenti agli effetti sociali delle attuali dinamiche demografiche, all'invecchiamento biologico, all'invecchiamento istituzionale

di Eumenio Miscetti (*)

L'Europa è l'area del mondo maggiormente colpita dal fenomeno dell'invecchiamento. Nel vecchio Continente più di 18 milioni e mezzo di abitanti hanno superato il venerabile traguardo degli ottanta anni: a tale primato l'Italia, che è tra i paesi europei con la più alta presenza di anziani, contribuisce in misura determinante. Ma che vita conduce oggi, nel Terzo millennio, chi ha raggiunto la Terza età? Quali sono le prospettive in termini di benessere e di sanità dei pensionati soprattutto in considerazione di tutto ciò che (inevitabilmente? ne siamo proprio certi?) la vecchiaia comporta: la comparsa di disabilità da patologie croniche nonché il deficit delle capacità motorie e sensoriali che si traducono in riduzione della qualità della vita con i conseguenti pesantissimi costi economici e sociali? È

possibile conservarsi in buona salute e vivere più a lungo in maniera autonoma? Gli emolumenti previdenziali sono adeguati a sostenere un tenore di vita dignitoso? Come sono percepiti i senior dalla pubblica opinione? Viene loro riconosciuto il merito di aver custodito, valorizzato e promosso la tradizione, la cultura, l'identità e il progresso che rendono viva e vitale la società?

Dare una risposta concreta a questi ed altri quesiti è ciò che si prefigge il neonato "Centro Studi sulla Terza Età" istituito dalla Federspev, la federazione di sanitari pensionati che presiede da oltre vent'anni, seguendo il buon esempio di

un'iniziativa analoga denominata S.H.A.R.E. (Survey on the Health, Ageing and Retirement in Europe) alla quale partecipano ben 16 nazioni europee.

L'attività del Centro, pilotato dall'Istituto d'Igiene dell'Università di Bologna, sarà articolata nella raccolta e nell'analisi dei dati inerenti agli effetti sociali delle attuali dinamiche demografiche, all'invecchiamento biologico, all'invecchiamento istituzionale e alle norme che regolano il pensionamento in Italia e nei paesi occidentali, ma non solo. La Federspev, da sempre attenta e sensibile nel cogliere mutamenti, tendenze e nuove criticità nel pianeta dei pensionati lancia e pro-



muove tale ambizioso progetto con la consapevolezza che rappresentarli significa farsi carico delle loro necessità e istanze.

Noi siamo aperti e disponibili alla collaborazione e alla condivisione di informazioni con gli Istituti universitari ed anche enti pubblici, quali, ad esempio, l'Istituto o il Censis, che svolgono ricerca e attività su questi argomenti di vitale importanza per i cittadini.

Perché siamo convinti che tutti possano trarne beneficio. Non solo i pensionati. •

(*) *Presidente Federspev*

PREMI STUDIO A ORFANI DI SANITARI

Bandi aperti dalla Federspev per l'assegnazione di 5 premi studio (1550 euro ciascuno) nel 2010 a 5 orfani di sanitari (medici, farmacisti, veterinari) per un lavoro individuale originale su argomenti di medicina e chirurgia, farmacia, veterinaria, economia e giurisprudenza. Il concorso è riservato ai laureati negli anni accademici 2007/08/09 il cui genitore superstite sia iscritto da almeno un anno alla Federazione; è escluso colui che abbia già vinto il premio negli anni precedenti. I lavori giudicati meritevoli dalle apposite commissioni di selezione per ogni disciplina saranno premiati nel corso

del 47° Congresso nazionale della Federspev che avrà luogo il prossimo maggio (data e luogo da definire).

Modalità e termini di presentazione della domanda: il concorrente in possesso dei requisiti necessari alla partecipazione dovrà inviare un plico contenente la domanda, il curriculum vitae e il lavoro da esaminare mediante raccomandata a/r entro il 31 gennaio al Delegato nazionale, dr. Ugo Tenchini, via Fontanello, 15 - 25075 Nave (BS).

Per ogni ulteriore informazione sulle modalità di partecipazione, regolamento e moduli di presentazione: www.federspev.it

**Disponibili
a collaborare
con istituti
universitari
ed Enti pubblici**



di Alberto Oliveti (*)

I contributi dei medici ed odontoiatri vengono usati sia per pagare le prestazioni a chi è in pensione sia per accumulare un patrimonio di riserva, la cui dimensione minima è definita dalle disposizioni governative di controllo e sorveglianza emanate al momento dell'avvenuta privatizzazione della Cassa nel 1994.

Cosa viene dato in cambio al contribuente?

La vigilanza dei ministeri vigilanti sulla sostenibilità dei Fondi e la possibilità di costruirsi versamento su versamento l'importo finale della pensione, grazie alla valorizzazione assegnata con l'aliquota di rendimento ad ogni contributo fin dal momento del suo incasso da parte della gestione, di fatto un impegno finanziario mensilmente con-

tratto col contribuente da rispettare all'atto del pensionamento.

I Ministeri vigilanti per una maggior sostenibilità delle Casse dei Professionisti hanno stabilito con la Finanziaria 2007 ed il successivo Decreto Interministeriale di spostare ad almeno trenta gli originali quindici anni di equilibrio definiti al momento della privatizzazione e di imporre nuovi criteri di redazione dei bilanci tecnici triennali sulla tenuta delle gestioni con l'impostazione annunciata di emanare direttive come strumento di indirizzo.

Così, a fronte di fisiologici problemi previdenziali ed economici l'Enpam si trova ora ad affrontare nuovi obblighi condizionanti la sua attività, che nei primi quindici anni di gestione privatistica oltre a rispettare tutti i parametri di controllo ha visto triplicare il suo Patrimonio.

Tra nuovi obblighi ed antichi problemi

Mettere efficacemente a reddito i contributi per pagare le prestazioni, questa è la missione di derivazione costituzionale della Fondazione Enpam. Le diverse problematiche da affrontare

Sostanzialmente sono cinque le problematiche da affrontare:

- Longevità crescente
- Recessione economica
- Patrimonio tassato
- Aumento pensionati
- Flusso contributivo

Scenario longevità: aumento di tre mesi dell'aspettativa di vita per ogni anno che passa.

A sessantacinque anni si hanno statisticamente ancora più di diciotto anni di aspettativa di vita se maschio e ventuno e mezzo se femmina.

Ciò rende più difficile definire oggi per domani la valorizzazione di ogni contributo incassato, dato che per definirla in maniera attuarialmente neutra - assoluta corresponsività tra contributi incassati e prestazioni liquidate - si deve tener conto della redditività potenziale che il contributo potrà dare fino a che sarà gestito nel Fondo, e l'arco temporale di godimento della pensione dell'avente diritto (titolare e superstiti).

L'alternativa sarebbe adottare il metodo contributivo della definizione della prestazione, che non assegna la valorizzazione del con-

tributo al momento del suo incasso, ma solo al momento del pensionamento, e quindi solleva la gestione del Fondo dalle responsabilità attuariali della neutralità tra la valorizzazione dei contributi e le prestazioni, dato che queste ultime vengono definite a posteriori.

Ne va però a scapito l'adeguatezza delle prestazioni e l'equità tra generazioni successive, determinata dalla non facile transizione da un metodo all'altro, per cui i giovani si troverebbero un pesante debito pregresso da sostenere con il loro lavoro e l'aspettativa di pensioni più magre di chi li ha preceduti. Evidenti i pesanti riflessi sulla tenuta del sistema.

Recessione economica: l'abbiamo vista tutti e subito per quota parte nei suoi riflessi sulla vita reale. Il vero problema è come minimizzarne prima possibile gli effetti. La Fondazione Enpam ha bisogno di un Patrimonio importante per integrare con un consistente flusso finanziario da capitale il flusso dei contributi necessario per pagare le pre-

È stato stabilito di spostare ad almeno trenta gli originali quindici anni di equilibrio definiti al momento della privatizzazione

stazioni in corso e quelle promesse a chi sta versando contributi.

Fare politica previdenziale significa per la Cassa impostare anche una efficace politica degli investimenti a finalità previdenziale, dove la diversificazione del rischio e la durata degli investimenti siano strettamente collegati alle previsioni attuariali dei bilanci tecnici.

Sul Patrimonio tassato c'è poco da dire, dal momento che anche i rappresentanti ministeriali ne riconoscono l'iniquità. La tassazione sottrae risorse al pagamento delle prestazioni e per minimizzarne l'effetto ci costringe ad artifici societari che potrebbero essere abbandonati se venisse abolita. Ci stiamo adoperando su tutti i fronti per almeno vederla ridotta, ma lo scenario economico nazionale rende difficoltosa per motivi di cassa quella che sa-

Fare politica previdenziale significa per la Cassa impostare anche una efficace politica degli investimenti

rebbe una risoluzione equa della questione.

I pensionati della Fondazione sono destinati ad aumentare considerevolmente quando l'attuale generazione dei cinquantenni lascerà il lavoro tra 2015 e 2025.

Il rapporto iscritti/pensionati ne uscirà modificato per cui è prevedibile che per qualche anno alcuni Fondi potrebbero portare a bilancio consuntivo la negativizzazione transitoria del saldo previdenziale - contributi verso pensioni - sempre però contando sulla copertura capiente del Patrimonio accumulato.

Tale condizione non verrebbe considerata come indice strutturale di default del Fondo se le proiezioni a cinquanta anni mostras-

sero poi una ripresa con la positivizzazione del saldo previdenziale e il successivo accumulo patrimoniale. Sono allo studio attuariali gli opportuni e tempestivi interventi sui parametri di gestione di ogni Fondo per garantire tale dinamica di equilibrio concordata con i Ministeri Vigilanti.

Si valutano interventi percorribili e socialmente accettabili sull'aumento dei contributi e sulla loro valorizzazione (aliquote di rendimento) nel mantenimento dell'attuale sistema di calcolo della prestazione di tipo retributivo reddituale, cercando di non agire sull'età pensionabile di vecchiaia e proponendo la rivalutazione delle pensioni almeno fino al livello attualmente in uso all'Inps. Sul flusso contributivo, la popolazione che invecchia dovrebbe garantire un crescente consumo di sanità

per cui sarà compito delle organizzazioni professionali di rappresentanza delle categorie tutelate dalla Fondazione sorvegliare sulla corretta corrispondenza tra le risorse impiegate nella tutela della salute ed i flussi contributivi individuali ai Fondi.

Alla generazione medica ed odontoiatrica che verrà si prospetta lo scenario poco invi-

tante di una aspettativa limitata di guadagno professionale contrapposta nel campo della previdenza ad un consistente patto generazionale da onorare.

Appare evidente che per mantenere intatta la cinghia di trasmissione delle generazioni subentranti, si debba lavorare sull'equità e sull'adeguatezza delle prestazioni, in poche parole sulla convenienza di ognuno a star dentro un sistema siffatto.

Dato che l'obiettivo rigorosamente perseguito dagli amministratori della Fondazione è quello di garantire ad ognuno la pensione massima sostenibile dal sistema, va promosso il concetto della integrazione previdenziale tempestiva conseguente all'analisi tempestiva dei propri bisogni post lavorativi, al tempo stesso illustrando gli strumenti idonei per farlo.

La "busta arancione" che rendiconti tutti i contributi versati e proietti la prestazione corrispondente a seconda di alcune variabili di evoluzione degli scenari macroeconomici, appare un tassello importante per una comunicazione più efficace con gli iscritti che potrebbe arricchirsi in seguito di contenuti aggiuntivi favorenti appunto la crescita della cultura della previdenza il cui fondamento principale resta la solidarietà, declinata in una rete di assistenza accessibile, equa, fruibile e centrata sulle esigenze reali. •

(*) Consigliere Enpam



L'equilibrio dei Fondi di previdenza dell'Enpam

di Ernesto Del Sordo (*)

Come è noto la legge finanziaria 2007, modificando il disposto dell'art. 3, comma 12 della legge 335/1995, ha introdotto novità di rilievo sulla sfera di autonomia normativa riconosciuta agli Enti di previdenza privati e sui controlli cui gli stessi sono sottoposti da parte degli Organi vigilanti.

In particolare, gli Enti sono tenuti ora a ricondurre la stabilità delle gestioni entro un arco temporale più ampio, almeno pari a trent'anni in luogo dei previgenti quindici. Nel contempo, il loro potere di intervento normativo è stato svincolato dalla precedente preordinata casistica per essere riferito a tutti "i provvedimenti necessari per la salvaguardia dell'equilibrio finanziario di lungo termine", da emanarsi tenendo conto delle risultanze del bilancio tecnico, redatto secondo criteri uniformi determinati con Decreto del Ministro del Lavoro di concerto con il Ministro dell'Economia. A seguito dell'emanazione del Decreto ministeriale 29 novembre 2007, che ha dato attuazione al disposto della citata legge finanziaria, la Fondazione ha acquisito i bilanci tecnici dei fondi di previdenza riferiti al 31 dicembre 2006, le cui

risultanze danno conto degli anni in cui, a normativa vigente, assumono valore negativo rispettivamente il saldo previdenziale, il saldo corrente ed il saldo complessivo.

Giova in proposito precisare che il saldo previdenziale è dato dalle entrate contributive e dalle uscite per prestazioni del singolo anno; il saldo corrente è riferito al totale delle entrate (contributi e rendimento del patrimonio) ed al totale delle uscite (prestazioni e costi di gestione) dell'anno; il saldo complessivo indica l'anno in cui la gestione, pur utilizzando la disponibilità patrimoniale accumulata, non è in grado di coprire per intero il costo delle prestazioni.

In merito va preliminarmente rappresentato che il citato Decreto ministeriale non indica esplicitamente a quale parametro si debba far riferimento per determinare l'effettiva situazione di squilibrio finanziario dei fondi. Utilizzando il saldo previdenziale ovvero il saldo corrente come indicatore di stabilità, i bilanci tecnici evidenziano al mo-

mento una situazione di criticità, peraltro scontata, in quanto tutte le gestioni erano calibrate per garantire l'equilibrio entro l'arco temporale di quindici anni, ai sensi della previgente normativa. Proprio nell'ottica di assicurare la prescritta stabilità dei quindici anni, infatti, erano stati adottati, nel recente passato, dalla Fondazione gli interventi correttivi sui regolamenti di previdenza dei Fondi.

Ne discende che per consentire interventi mirati al perseguimento del nuovo equilibrio trentennale, in linea con l'esigenza di rispettare il principio dell'equità intergenerazionale, nella valutazione della stabilità delle gestioni deve essere in qualche modo considerata la consistenza del patrimonio dell'Ente e non solo la sua redditività. In buona sostanza non si concretizza lo squilibrio di un fondo sino a che il patrimonio dell'Ente è in grado di coprire eventuali temporanei negativi saldi previdenziali ovvero correnti. Solo la strutturale incapacità del patrimonio accumulato di garantire l'erogazione

delle prestazioni per il prescritto cinquantennio determina una reale situazione di insolvenza della gestione.

È, quindi, su tale premessa che vanno studiate e formalizzate le riforme.

L'attuale orientamento è quello di agire con interventi di tipo parametrico sul vigente sistema retributivo reddituale.

Un eventuale diverso intervento di natura strutturale, con passaggio al sistema di calcolo delle prestazioni con il metodo contributivo, determinerebbe, infatti, indubbi riflessi negativi in termini di adeguatezza della prestazione ed equità intergenerazionale.

Tale orientamento, peraltro, nella realtà Enpam è confortato dalle seguenti considerazioni:

- il sistema retributivo tuttora vigente è più virtuoso di quello già in uso negli Enti pubblici perché calcola le prestazioni sui redditi dell'intera vita lavorativa;
- il consistente patrimonio dell'Ente consente di diluire nel tempo ogni utile correttivo.

Il progetto di riordino dei fondi gestiti dalla Fondazione dovrà, perciò, essere fondato su interventi che riguardano essenzialmente i profili contributivi e l'assetto delle prestazioni, calibrati sulla base delle esposizioni delle singole gestioni, con l'obiettivo di assicurare la prescritta stabilità trentennale, fatta salva la possibilità di supportare con il patrimonio eventuali temporanee situazioni di squi-

Le riforme a breve che dovranno essere definite in sede tecnica interesseranno tutti i Fondi ad eccezione di quello degli Specialisti esterni

Pensionati Enpam, attenzione all'indirizzo

di Giovanni Vezza (*)

librio del saldo previdenziale.

Dalle prime proiezioni attuariali effettuate su alcune ipotesi di studio è emerso un dato positivo: agendo con misure di tipo parametrico è possibile evidenziare, per i prescritti cinquant'anni di previsione, un saldo complessivo sempre positivo per tutto il periodo di valutazione, anche se la consistenza del patrimonio decresce in corrispondenza degli anni in cui per effetto della struttura per età della popolazione degli iscritti (gobba previdenziale) si registra un forte aumento delle uscite per pensioni. Anche in tali anni, comunque, il patrimonio è in grado di assicurare la riserva legale prescritta dal decreto legislativo n. 509/1994.

Le riforme che dovranno a breve essere definite in sede tecnica, per essere, quindi, sottoposte al vaglio dei competenti organi deliberativi dell'Ente, interesseranno tutti i Fondi di previdenza, ad eccezione del Fondo Specialisti Esterni. Per tale gestione, infatti, la prescritta stabilità resta al momento legata al favorevole evolversi del contenzioso giudiziario in atto con le società obbligate al versamento del contributo di cui all'art. 1 comma 39 della legge n. 243/2004 ed ai positivi riflessi connessi all'adozione del metodo contributivo per il calcolo delle prestazioni, già formalmente deliberato dall'Enpam. •

(*) Vice Direttore generale Enpam

Da gennaio l'allineamento anagrafico con gli Ordini coinvolge anche i medici e gli odontoiatri in pensione.

Com'è noto, già da alcuni anni l'Enpam ha avviato un progetto di allineamento ed aggiornamento degli archivi anagrafici ai dati trasmessi in via telematica dagli Ordini provinciali dei Medici e degli Odontoiatri. L'iniziativa sinora ha interessato esclusivamente gli iscritti cosiddetti *attivi*, cioè di età inferiore ai 65 anni: è stata infatti ritenuta prioritaria l'esigenza di inviare ad indirizzi corretti le cartelle di pagamento del contributo minimo obbligatorio, al fine di assicurare il più possibile la regolarità del rapporto con l'Enpam. In effetti questa modalità tecnica consente di ottimizzare i tempi e la qualità della trasmissione e della acquisizione dei dati, e, nel contempo, di ridurre i possibili errori di inserimento dovuti alla digitazione manuale degli stessi, garantendo in questo modo una maggiore sicurezza.

Ora che il progetto per i medici e gli odontoiatri in attività può dirsi a regime, in quanto tutti gli Ordini vi hanno ormai aderito, è giunto il momento di estenderlo anche ai pensionati.

In effetti gli archivi anagrafici trasmessi dagli Ordini dei Medici contengono già i dati di tutti gli iscritti all'Albo, anche se hanno superato il 65° anno di età.

Anche dopo il pensionamento dall'Enpam viene spedita ai medici una gran mole di corrispondenza importante: ad esempio il Modello D, per la denuncia del reddito professionale che può essere prodotto a qualunque età e sul quale occorre versare la contribuzione proporzionale, il corrispondente Modello Mav per effettuare il relativo versamento, il cedolino della pensione, e soprattutto la documentazione fiscale per la denuncia dei redditi, il famoso Modello Cud, che viene inviato ai pensionati entro la fine di febbraio di ciascun anno. Si comprende quindi come sia importante per la Fondazione e per i titolari di pensione poter contare su un indirizzo attendibile: per farsene un'idea basterebbe guardare la mole di modelli fiscali che ritornano al mittente per mancato recapito.

Il vero problema per avere un indirizzo corretto è però rappresentato dal fatto che molti medici, dopo il compimento del 65° anno di età, pur restando iscritti all'Albo, non conservano un rapporto costante con il proprio Ordine di apparte-

nenza. Può così accadere che l'indirizzo di residenza comunicato all'Enpam in occasione del loro pensionamento sia più aggiornato di quello che risulta memorizzato presso l'archivio dell'Ordine. Trasferire *sic et simpliciter* l'indirizzo memorizzato dall'archivio dell'Ordine nell'archivio dell'Enpam potrebbe quindi in diversi casi essere un errore, perché riporterebbe in uso un indirizzo non più attivo.

D'altra parte, il medico che continua ad esercitare o comunque a svolgere attività ordinistica e cambia residenza dopo i 65 anni, giustamente ritiene di aver adempiuto ai suoi obblighi semplicemente comunicando all'Ordine il nuovo indirizzo, senza inviare analoga notizia alla Fondazione.

Ecco perché l'Enpam ha deciso di inviare (all'attuale indirizzo memorizzato in archivio) *a tutti i pensionati medici e odontoiatri ultrasessantacinquenni (o pensionati per invalidità assoluta e permanente) che abbiano mantenuto l'iscrizione all'Ordine Provinciale* una lettera nella quale viene comunicato l'indirizzo di residenza a tutt'oggi contenuto negli archivi ordinistici. Se l'interessato non darà alcun riscontro alla lettera dell'Enpam, l'indirizzo

di residenza comunicato dall'Ordine si intenderà senz'altro approvato, e ad esso verrà inviata tutta la successiva corrispondenza, ivi compreso il Modello Cud del prossimo mese di febbraio. Se invece l'indirizzo fosse diverso o comunque vi si riscontrasse un qualsiasi errore (numero civico, CAP, inesatta indicazione della frazione, ecc.) l'interessato dovrà **recarsi tempestivamente all'Ordine di appartenenza, responsabile della tenuta dell'Albo professionale, per effettuare le necessarie variazioni.** E' ammessa anche la comunicazione postale dell'indirizzo corretto, da indirizzarsi sempre all'Ordine, accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento. **Non avranno invece alcuna efficacia le comunicazioni di variazione dell'indirizzo di resi-**

Enpam ha deciso di inviare a tutti i pensionati ultrasessantacinquenni una lettera nella quale viene comunicato l'indirizzo di residenza a tutt'oggi contenuto negli archivi ordinistici

denza effettuate nei confronti dell'Enpam, che terrà conto esclusivamente di quelle comunicate direttamente dagli Ordini nel loro flusso telematico.

Si ringraziano fin d'ora le strutture degli Ordini provinciali, che saranno chiamate nelle prossime settimane ad uno sforzo supplementare per fornire il necessario supporto alle istanze degli iscritti; d'altra parte, si può star certi che il maggior impegno richiesto oggi ai dipendenti ordinistici produrrà certamente domani una contrazione del loro lavoro, grazie alla dra-

stica riduzione di disagi e smarrimenti.

Tutto questo per i medici e gli odontoiatri che restano iscritti all'Ordine. *Per quanti si sono già cancellati dall'Albo* (e che quindi non riceveranno dall'Enpam nessuna comunicazione) invece non cambia nulla: l'eventuale variazione di indirizzo dovrà essere comunicata *direttamente alla Fondazione* tramite l'apposito modulo reperibile presso gli Ordini dei Medici oppure sul sito Internet della Fondazione alla voce [www.enpam.it/Modulistica/Comunicazione residenza](http://www.enpam.it/Modulistica/Comunicazione%20residenza). Al-

lo stesso modo dovranno comportarsi i superstiti di iscritto, che ovviamente non sono inseriti negli archivi ordinistici.

Sempre all'Enpam gli iscritti, i non iscritti e i superstiti possono indicare – tramite l'apposito modulo – un secondo indirizzo, non ufficiale, da utilizzare per eventuali comunicazioni. Attenzione, però: per ogni valenza legale resterà comunque valido il primo indirizzo di residenza, quello per intendersi comunicato dall'Ordine ovvero sempre dall'interessato che lo ha indicato come principale, qualora sia variato dopo la cancellazione dall'Albo.

L'Enpam, comprendendo il piccolo disagio arrecato ai pensionati, è comunque certo della loro fattiva collaborazione, nel comune interesse. •

(*) *Dirigente Enpam*

Qualifica sanitaria per i medici di bordo

Comunicazione del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Dipartimento dell'Innovazione - Direzione Generale del Personale, dell'Organizzazione e del Bilancio

L'Italia sin dall'anno 1895, al fine di garantire una immediata assistenza sanitaria nelle situazioni più diverse a tutti i passeggeri durante le lunghe o brevi traversate a bordo delle navi, si è fatta carico di individuare una specifica qualifica sanitaria: il "medico di bordo". Tale figura è, infatti, il risultato di un'attenta attività del

Ministero della Salute ora Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali che, con concorso pubblico effettuato con cadenza quinquennale, seleziona attraverso una complessa serie di esami i candidati – già abilitati all'esercizio della professione medica – idonei ad ottenere l'autorizzazione all'imbarco in qualità, appunto, di medico di bordo.

È sempre a cura dell'ex Ministero della Salute, sulla base della normativa vigente, inserire i medici abilitati negli specifici elenchi da cui le compagnie di navigazione e gli armatori devono attingere per le loro necessità.

Ciò premesso, considerato il rilievo ormai assunto dall'attività medica a bordo delle navi, il carattere polivalente ed il contesto interna-

zionale della stessa, appare utile segnalare che, per chi fosse interessato ad approfondire le proprie esperienze professionali in questo settore, sulla Gazzetta Ufficiale – IV serie speciale – del 20 novembre 2009 è pubblicata la sessione d'esami di idoneità per il conseguimento dell'autorizzazione all'imbarco in qualità di medico di bordo. •

Il virus H1N1 sul Web

Considerando la copertura mediatica che l'influenza A ha ricevuto negli ultimi otto mesi non è una sorpresa la diffusione sul Web di siti e servizi dedicati all'argomento. Rilevante per lo sforzo compiuto nella condivisione e nella personalizzazione dell'informazione è stato l'impiego di strumenti del Web 2.0 da parte del Centro americano per il controllo e la prevenzione delle malattie (Centers for Disease Control and Prevention - CDC).

A cominciare con l'apertura a maggio 2009 di un profilo su Facebook (www.facebook.com/CDC) aggiornato quotidianamente, e di canali su Twitter (<http://twitter.com/CDCflu>), la piattaforma di microblogging in cui gli utenti possono inserire messaggi non superiori ai 140 caratteri per informare i visitatori delle novità in tempo reale, il CDC ha mostrato impiegando i social network la volontà di coinvolgere i più giovani. Un canale aperto su YouTube (www.youtube.com/cdcstreaminghealth) offre oltre 60 video riguardanti argomenti medici tra cui tavole rotonde sul virus, motivazioni dietro al ritardo del rilascio del vaccino e la somministrazione di medicinali antivirali durante la malattia. Ad aggiungersi alla "Public Health Image Library" (<http://phil.cdc.gov/phil/home.asp>) che fornisce l'accesso alle numerose immagini di proprietà del CDC, troviamo anche un canale su Flickr (www.flickr.com/photos/cdc_e-health), l'applicazione online per la gestione e la condivisione di foto, con interessanti immagini riguardanti la campagna informativa sull'influenza e lo studio al microscopio del virus. Ovviamente non potevano mancare i Feed RSS (www2c.cdc.gov/podcasts/rss.asp) per consentire l'integrazione degli aggiornamenti nell'aggregatore di notizie scelto dall'utente e i podcast (www.cdc.gov/podcasts) per ascoltare file audio e vedere video in streaming direttamente dal pc o scaricarli sul proprio lettore portatile.

Per avere un collegamento diretto con gli esperti del CDC è stato istituito un blog "Focus on Flu" (<http://blogs.web>



[md.com/focus-on-flu](http://blogs.webmd.com/focus-on-flu)) in collaborazione con gli esperti di WebMD (www.webmd.com/), portale pluripremiato dedicato alla medicina. Anche la navigazione con il cellulare ha trovato spazio con l'"Internet Mobile CDC Web Site" (<http://m.cdc.gov>) con più di 16 mila pagine a disposizione. A settembre 2009 è stata anche lanciata una campagna pilota per inviare importanti notizie sanitarie direttamente all'utente: il progetto della durata di tre mesi prevede l'invio di tre SMS a settimana.

In Italia il ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali oltre a fornire sul sito ufficiale (www.ministero.salute.it) un focus sull'influenza con notizie sulla situazione della penisola, domande e risposte sul vaccino, consigli per i genitori, ordinanze e circolari per gli addetti ai lavori e precisazioni sul Call center 1500 (che risponde dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 18), ha lanciato la campagna interattiva contro il virus creando la risorsa www.fermailvirus.it che offre comunicazioni e strumenti adatti al pubblico come la mappa dei sintomi, giochi, un test per riconoscere il virus, ma anche i cosiddetti widget, cioè quelle applicazioni che illustrano i contenuti della Campagna e che possono essere integrati nei blog, nei siti web personali, o nelle pagine private dei social network. •



Assistenza a un familiare per il dipendente pubblico

Può capitare la necessità di dover assistere un familiare disabile come il coniuge, i figli, i genitori o i fratelli. Per il lavoratore dipendente sono previste dalla legge particolari agevolazioni

di Marco Perelli Ercolini (*)

Permesso per lutto o improvvisa grave infermità di un familiare

Per legge sono previsti 3 giorni all'anno di permesso retribuito per improvvisa grave infermità o decesso di un familiare di primo grado.

Congedo per gravi motivi di famiglia

Il pubblico dipendente può richiedere un periodo di congedo non retribuito fino ad un massimo di due anni nell'intero arco di vita lavorativa (assommato ad eventuali periodi di congedo straordinario eventualmente fruito) per gravi motivi personali o famigliari. La concessione non è un diritto assoluto ed è discrezionale da parte dell'amministrazione.

Permessi mensili

Il lavoratore che assiste un

famigliare (coniuge, figli, genitori, fratelli) disabile in situazione di gravità riconosciuta dalla Commissione ASL e non ricoverato a tempo pieno in un istituto può usufruire di tre giorni di permesso mensile, anche frazionati a mezza giornata o a ore, scelti secondo le necessità e comunicati al datore di lavoro in tempo utile per consentirne la sostituzione e l'organizzazione del lavoro; fanno eccezione improvvise e sopravvenute necessità connesse alla disabilità e in tal caso la comunicazione va fatta prima dell'inizio del servizio. Questi permessi non incidono su ferie e tredicesima e sono utili ai fini del trat-

tamento di quiescenza; non sono invece valutabili né ai fini del trattamento di fine servizio (indennità premio di servizio ed indennità di buonuscita) né del TFR.

Congedo straordinario

Quando non ci siano altre persone che possono prendersene cura al lavoratore per l'assistenza di soggetti conviventi con handicap in situazione di gravità (ossia affetti da minorazione, singola o plurima, che abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazio-

ne), accertata dalle apposite commissioni istituite presso le ASL, è concesso (entro 60 giorni dalla richiesta) un periodo massimo retribuito di due anni complessivamente (tra tutti i soggetti fruitori).

L'indennità per il congedo straordinario non essendo una retribuzione non ha effetto sulla tredicesima mensilità, sulle ferie e neppure sul trattamento di fine servizio o fine rapporto. Il congedo straordinario è invece coperto ai fini del trattamento di quiescenza da contribuzione figurativa nei limiti previsti dal tetto dei 36.151,98 euro indicizzati annualmente.

Va ricordato che per il requisito di "convivenza" va fatto riferimento alla *residenza*, quale luogo abituale ai sensi dell'art. 43 del codice civile, non potendo ritenersi conciliabile con la predetta necessità la condizione di *domicilio* né la mera elezione di *domicilio speciale* previsto per determinati atti o affari dall'art. 47 del codice civile. •

(*) *Consigliere Enpam*

Il dipendente pubblico può richiedere un periodo di congedo non retribuito fino ad un massimo di due anni



Madre casalinga e padre lavoratore

Con la sentenza n. 4293 del 2008 il Consiglio di Stato ha riconosciuto a un padre il diritto ai riposi orari anche se la madre non svolge attività lavorativa essendo casalinga ma pur tuttavia impegnata in attività che la distolgano dalla cura del neonato

Quando la madre è casalinga e non può dedicarsi alla cura del neonato perché impegnata in altre attività, i riposi giornalieri di maternità (meglio conosciuti riposi per l'allattamento) spettano al padre: in pratica, il padre dipendente può fruire dei riposi giornalieri, nei limiti di due ore o di un'ora al giorno a seconda dell'orario giornaliero di lavoro, entro il primo anno di

vita del bambino o entro il primo anno dall'ingresso in famiglia del minore adottato o affidato, anche qualora la madre sia casalinga.

Ricordiamo come la legge 1204 del 30 dicembre 1971 all'articolo 10 preveda che i datori di lavoro debbano consentire alle lavoratrici madri, durante il primo anno di vi-

ta del bambino, due periodi di riposo della durata di un'ora ciascuno, anche cumulabili durante la giornata. Questi riposi si riducono a uno solo se l'orario giornaliero di lavoro è inferiore a sei ore. La legge 903 del 9 dicembre 1977, all'articolo 6-bis commi 1 e 2, ha poi previsto che questi periodi di riposo potessero essere usufruiti anche dal padre lavoratore in determinate situazioni e precisamente, nel caso in cui i figli venissero affidati al solo padre, in alternativa alla madre lavoratrice dipendente che non se ne avvalga, oppure nel caso in cui la madre non sia lavoratrice dipendente e cioè lavoratrice autonoma (artigiana, commerciante, coltivatrice diretta), parasubordinata o libero professionista e, infine, in caso di morte o di grave infermità della madre.

Rimaneva escluso il diritto del padre ai riposi orari quando la madre non svolgesse attività lavorativa (fat-

ta salva l'ipotesi di grave infermità).

Con la sentenza n. 4293 del 9 settembre 2008 il Consiglio di Stato sez. VI, poiché numerosi settori dell'ordinamento considerano la figura della casalinga come lavoratrice, individuando così la ratio della norma, volta a beneficiare il padre di permessi per la cura del figlio allorché la madre non ne abbia diritto in quanto lavoratrice non dipendente e pur tuttavia impegnata in attività che la distolgano dalla cura del neonato, ha riconosciuto a un padre il diritto ai riposi orari anche se la madre non svolgeva nella fattispecie attività lavorativa essendo casalinga.

Ora l'Inps, con la circolare n. 112 del 15 ottobre 2009, in considerazione dell'interpretazione estensiva operata dal Consiglio di Stato, fornisce le indicazioni per usufruire di detta possibilità, purché la madre si trovi nell'oggettiva impossibilità di accudire la prole perché impegnata in altre attività (ad esempio accertamenti sanitari, partecipazione a pubblici concorsi, cure mediche ed altre simili). •

m. p. e.

Purché la madre si trovi nell'oggettiva impossibilità di accudire la prole perché impegnata in altre attività



Tomografia ottica computerizzata all'ospedale di Siracusa

Tecnica importante per la diagnosi e la prognosi del foro maculare e della membrana epiretinica. Consente di analizzare lo stato della macula, la zona centrale della retina ricca di fotorecettori impiegati per la visione frontale

di Enzo Gallo

L'ospedale Umberto I di Siracusa si è fornito di un apparecchio all'avanguardia per le gravi affezioni oculari: il Tomografo a coerenza ottica. Un importante passo avanti fatto dall'Ausl di Siracusa, che a seguito di procedura negoziata, è riuscita ad assicurarsi il prezioso strumento, che consentirà con grande precisione di curare molte patologie dell'oftalmologia, direttamente sul territorio sici-

liano. Già presente in altri ospedali del nord, in Sicilia con l'acquisizione dell'importante macchinario, si potranno avere risultati finora insperati, dato che le principali applicazioni della tomografia a coerenza ottica si hanno nella chirurgia vitreo-retinica, nella retina medica, nel glaucoma e nelle patologie corneali. Dunque il nuovo strumento diagnostico l'OCT (Tomografia Ottica a luce Coerente) particolarmente utile nella cura delle degenerazioni macu-

lari senili, contribuirà alla riduzione delle lunghe liste di attesa della regione Sicilia. Si tratta di una metodica diagnostica non invasiva d'introduzione relativamente recente ma entrata ormai nella pratica clinica consolidata, con un ambito di applicazioni in via di continua espansione e che ha radicalmente cambiato la diagnostica per immagini della retina. Il tomografo ha un meccanismo di funzionamento semplice: un pannello di luce bianca viene pro-

iettato sulla struttura da analizzare ed il raggio di luce rifatto viene analizzato dal medesimo strumento. La tecnica trova largo uso in oftalmologia e ha numerose altre applicazioni biomediche. L'OCT sfrutta un raggio laser infrarosso. Analogamente a quello che fa un sonar con i fondali (a livello acustico), riesce a ricostruire al computer la struttura corporea in due o tre dimensioni. Il tutto grazie al riflesso dei raggi infrarossi. Consente, ad esempio, lo studio in sezione della membrana retinica la diagnosi di eventuali patologie. Infatti, si possono individuare eventuali rotture, assottigliamenti o alterazioni del tessuto nervoso che ci consente la visione. È una tecnica particolarmente importante per la diagnosi e la prognosi del foro maculare e della membrana epiretinica. Infatti consente di analizzare con particolare cura lo stato della macula, la zona centrale della retina ricca di fotorecettori impiegati per la visione frontale (si tratta dei coni, che ci consentono di vedere a colori in modo distinto). •



Numeri e formule contro il cancro

Crescita e diffusione delle cellule tumorali seguono un preciso schema matematico? È quanto cercheranno di stabilire i ricercatori della scozzese Dundee University dove si usa la matematica per capire la crescita tumorale

di Livio Frittella

Usare modelli numerici per studiare le caratteristiche del cancro non è di certo una novità: ad esempio, un paio di anni fa una docente di matematica all'Harvey Mudd College della California, Lisette De Pillis, aveva individuato alcuni algoritmi in grado di ottimizzare la combinazione di diverse strategie impiegate per combattere il cancro (vaccinoterapia, immunoterapia e chemioterapia). Stavolta, però, gli esperti britannici vogliono indagare con formule e calcoli il progredire del tumore e come il male si sviluppa e si diffonde nel corpo, per poi formulare la corretta diagnosi e quindi scegliere le cure più indicate.

L'ateneo di Dundee riceverà dall'European Rese-

arch Council, per condurre l'impresa, 1,7 milioni di euro, una cifra sufficiente a coprire i costi di cinque anni di ricerca. Con questo finanziamento sarà possibile utilizzare strumenti e tecniche computazionali all'avanguardia, con l'obiettivo di costruire un modello virtuale dell'evoluzione del morbo su scala cellulare, arrivando così a comprendere il perché di crescite tumorali differenti tra una persona e l'altra. Dice infatti il professor Mark Chaplain, preside della Facoltà di matematica dell'università: "Una delle grandi sfide nella cura del cancro è che si possono avere due pazienti con lo stesso tipo di tumore nella stessa parte del corpo, ma che poi subiranno uno sviluppo della malattia completamente diverso. I fattori che contribuiscono alla formazione e alla crescita delle cellule tumorali possono tutti essere misurati: la maggior parte dei processi biologici che hanno luogo nel corpo umano coinvolge molti fenomeni diversi ma interconnessi a cui si possono applicare i criteri della

matematica". Il cancro è uno dei grandi killer del mondo sviluppato: circa 11 milioni di nuove diagnosi e circa 7 milioni di morti ogni anno. E il trend è in incremento: secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, le morti per cancro saranno 9 milioni nel 2015 e 11,5 milioni nel 2030.

Il progetto quinquennale impegnerà sette ricercatori a tempo pieno, tra cui biologi, medici, fisici e matematici. La Dundee University, secondo Chaplain, "ha la necessaria esperienza di collaborazione tra discipline per lavorare al meglio su questa importante sfida". In effetti, l'istituto accademico vanta una lunga tradizione in biologia matematica: il professor D'Arcy Wentworth Thompson, docente dal 1884 al 1917 ed autore di "Growth and Form" (Crescita e Forma), può essere considerato il primo biologo matematico.

I fondi europei sono stati assegnati in virtù dei successi riscossi dalla Facoltà di matematica. Negli ultimi tempi è stato registrato un boom di iscrizioni sia a livello di corsi

accademici che in materia di studi post-laurea. "È evidente che l'interesse per la matematica sta aumentando, e noi ne siamo orgogliosi", continua il professore. "Il lavoro sul modello virtuale dello sviluppo tumorale testimonia come sia possibile applicare la scienza dei numeri a numerosi campi di conoscenza, dalla scienza allo sport fino all'economia. E c'è una nuova generazione di studenti che se ne rende conto pienamente". Saranno i numerosi libri sull'argomento, saranno serial tv come "Numbers", che vede protagonisti gli algoritmi applicati alle indagini sul crimine, fatto sta che l'attenzione verso la matematica è in crescita esponenziale. Forse la chiave del suo fascino sta nella sua presunta capacità di spiegare i fenomeni che ci circondano. Scriveva Galileo Galilei nel "Saggiatore": "Questo grandissimo libro... (io dico l'universo)... non si può intendere se prima non s'impara a intender la lingua, e conoscer i caratteri, né quali è scritto. Egli è scritto in lingua matematica". •

**Circa 11 milioni
di nuove diagnosi
e 7 milioni
di morti ogni anno
di cancro**



Pier Paolo Mariani, dopo la laurea in Medicina, entra alla Clinica ortopedica del Policlinico Umberto I di Roma – allora diretta dal prof. Lamberto Perugia.

Attualmente è professore ordinario di Ortopedia presso l'università di Roma del Foro Italico, risultata settima nelle classifiche stilate dal Ministero della Pubblica Istruzione. Nel 1976 ha approfondito la tecnica artroscopica all'estero ed è stato il primo ortopedico ad introdurre tale metodica in Italia.

Alzati e cammina, ti ho rimesso a posto

di Carlo Ciocci

A che punto è oggi l'ortopedia?

Il progresso scientifico è per molti aspetti ondivago: ad una fase di rapido sviluppo segue spesso l'assestamento. Attualmente, per quanto riguarda la chirurgia articolare e sportiva siamo in una fase di "digestione": intendendo dire che vi sono fasi di rapido assorbimento delle novità che poi vengono analizzate e metabolizzate: la parte nobile è assorbita e quella di rifiuto eli-

minata dall'esperienza. In questi anni si inizia ad intravedere nuovi orizzonti con l'impiego della genetica e della biochimica molecolare che andranno ad affiancare l'operato del chirurgo. Queste, allo stato attuale, sono strade ancora nebulese ma certamente in futuro il chirurgo dovrà avvalersi di tali metodiche. Oggi giorno si parla molto di cellule staminali ed i pazienti chiedono, spesso confusamente, proprio una chirurgia con le staminali. Si parla di fattori di crescita che abbiamo iniziato ad usare ma non sappiamo ancora modulare. Il processo biologico di riparazione delle nostre lesioni è ben codificato ed attraversa tre fasi: una fase infiammatoria postraumatica, una fase riparativa ed una di rimodellamento. Questa è una legge universale che è valida per gli uomini così come

per tutti gli altri esseri viventi. Noi con i fattori di crescita andiamo ad interferire e agevolare una di queste fasi, ma non sappiamo come e quando intervenire in queste fasi e per quanto tempo. La verità è che siamo ancora in una fase sperimentale ed iniziale. I risultati li vedranno le prossime generazioni di ortopedici.

E la sua generazione quali risultati ha raggiunto?

Intanto va detto che un primo assioma che ho imparato è che non sono in grado di ristabilire con i nostri interventi "ricostruttivi" la normalità: noi ristabiliamo solo una pseudo-normalità anatomica! Non abbiamo la possibilità di ricostituire l'anatomia così fine e così complessa quale quella che ci ha fornito la natura. Per perfette che possa-

no essere le nostre ricostruzioni, risuliamo essere grossolani. Ridiamo la funzionalità, ma non l'anatomia! Ogni intervento chirurgico che vada dal semplice menisco alla ricostruzione legamentosa, dallo stabilizzare una rotula, o una spalla, ha un costo biologico. Inevitabilmente si svilupperanno alterazioni a carico dell'osso con insorgenza di fenomeni artrosici più o meno gravi: nella chirurgia articolare c'è questo costo da pagare. Con tale premessa, oggi cerchiamo di essere più rispettosi dell'anatomia con interventi mini-invasivi. Il concetto di mini-invasività nella chirurgia non deve significare però minor cicatrice ma rispetto maggiore dell'anatomia!

Lei si riferisce ai problemi legati al periodo immediatamente postchirurgico o a distanza?

Mi preoccupa di ciò che potrà accadere al mio paziente tra vent'anni. Nelle mie valutazioni se operare o meno un paziente intervengono anche considerazioni proiettate nel futuro: il problema non è se il paziente potrà correre tra pochi mesi, ma se potrà rincorrere il nipotino quando sarà anziano!

La tecnica operatoria è la stessa sia che si operi un atleta sia una persona comune?

I pazienti vengono trattati allo stesso modo e non

Il problema non è se il paziente potrà correre tra pochi mesi ma se potrà rincorrere il nipotino quando sarà anziano!

vi sono differenze nel mio approccio. La vera differenza è nella fase successiva all'intervento, allorché l'atleta avrà uno staff di medici e riabilitatori a lui dedicati.

Veniamo alle indagini utili a prendere la decisione se e come operare...

Sono quelle classiche. Intanto l'esame clinico è sovrana anche in un tempo di esasperata tecnologia e poi l'esame strumentale tra i quali la radiografia, la risonanza, l'ecografia.

Veniamo ora all'artroscopia.

Argomento interessante, anche perché ritengo che oggi della tecnica si abusano. Attualmente si asportano menischi a persone anziane che non hanno una patologia traumatica ma degenerativa. Vengono fatte artroscopie per fare diagnosi, mentre dovrebbe essere utilizzata come elemento chirurgico: il vecchio approccio di "andiamo a vedere che cosa c'è" dovrebbe essere limitato a casi particolari. Ultimamente si è imposta l'idea di eseguire un'artroscopia per fare una "pulizia" del ginocchio, come se la nostra articolazione fosse una cantina polverosa. Eseguire un'ar-

troscopia è intervento relativamente facile per molti ortopedici. Cosicché nelle strutture sanitarie si svolgono un gran numero di questi interventi che potrebbero essere evitati. La scarsa invasività dell'artroscopia è alla base del suo scriteriato impiego: spesso vengono alla mia consultazione pazienti che sono stati sottoposti ad esame artroscopico ma che un semplice esame radiografico sarebbe stato sufficiente per la diagnosi di artrosi! E questo malcostume ha costi sociali ed economici di rilevanza.

Quali sono le cause di tale atteggiamento?

La causa è insita nei benefici stessi della tecnica: velocità di esecuzione dell'artroscopia, scarsa morbidità e rischi connessi alla tecnica. Se lei avesse un'automobile che andasse a duecento chilometri orari, probabilmente sarebbe portato a correre oltre i limiti consentiti in autostrada! A tutto questo si potrebbe mettere un freno con un'adeguata formazione degli specializzandi, grazie a maestri che sappiano insegnare il corretto uso di una metodica utile ma abusata.

Nonostante i passi in avanti della scienza esi-

stono ancora lesioni che non si è in grado di riparare?

Purtroppo sì, lesioni gravi in grado di compromettere la funzionalità dell'articolazione. Basti pensare alla lussazione del ginocchio, vale a dire la rottura di tutti i legamenti, che è rara nella pratica sportiva ma molto comune nella traumatologia stradale. In particolare, poi, in alcuni paesi tali lesioni sono maggiormente frequenti per la presenza di una popolazione in sovrappeso.

Dialogano ortopedico e paziente?

Il dialogo è utile ma se si dialogasse in due. A volte non è facile instaurare un rapporto con il paziente. Oggigiorno il paziente va su Internet che spesso come canale di informazione medica rappresenta una turbativa del rapporto tra medico e paziente. Infatti, sul web si legge tutto ed il contrario di tutto e non si riesce a capire dove sia la verità. Capitano pazienti che, presuntuosamente, credono di sapere cosa debba fare il medico per risolvere il proprio problema. E spesso il ragionamento clinico dello specialista viene a contrastarsi con quanto riportato da non si sa bene chi su Internet.

In generale si può dire che il dialogo ed un positivo atteggiamento da parte del paziente aiuta questi a guarire. In ambito traumatologico un paziente forte-

mente motivato a guarire riesce ad affrontare la sua malattia anche se per raggiungere tale scopo fossero necessari più di un intervento o un lungo periodo di assenza dal mondo del lavoro.

Per ultimo, professor Mariani, sarebbe in grado di buttare giù una formazione di atleti che si sono rivolti a Lei ?

Lei ha avuto occasione di sbirciare la mia sala di medicazione che io definisco la "sala dei ricordi". Ho infatti l'abitudine di appendere fotografie o lettere di pazienti inviatemi dai pazienti. Tutto nacque quando un bambino, vittima di un grave incidente, mi fece pervenire un disegno con il quale ringraziava i dottori che lo avevano operato. Come lui, nel tempo, fecero tante altre persone "comuni" che hanno testimoniato con una pagina scritta, un pensiero o una foto la loro gratitudine. Conservo tali testimonianze perché sono legato affettivamente ad ognuno di questi pazienti. Come avrà osservato vi sono alcune foto anche di atleti ma in minor numero. L'atleta, particolarmente lo sportivo di alto livello, spesso non è grato al chirurgo, perché anche per lui, è normale che debba essere curato e guarito per poter tornare alla propria attività. Come dire che il medico "deve" risolvere il problema e se ci riesce ha semplicemente fatto il suo dovere. •

Ogni intervento chirurgico, che vada dal menisco alla ricostruzione legamentosa, dallo stabilizzare una rotula o una spalla, ha un costo biologico



Federico Tonioni, psichiatra, è ricercatore universitario per il settore scientifico-disciplinare "MED/25 Psichiatria" presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, afferisce all'istituto di Psichiatria e Psicologia e svolge l'attività clinica, in qualità di dirigente medico, presso il Day Hospital di Psichiatria Clinica e Farmacodipendenze del policlinico "A. Gemelli" di Roma

Prigionieri della Rete

A Roma, presso il policlinico "Agostino Gemelli", l'apertura dell'ambulatorio per la cura della dipendenza da Internet. L'assenza del limite, il problema del controllo, le conseguenze ed il trattamento

di Claudia Furlanetto

Internet è la testimonianza concreta di un nuovo modo di pensare, è uno strumento che ha amplificato la libertà di comunicazione tra gli esseri umani: il nostro ambulatorio si rivolge solo a quelle persone che, paradossalmente, di fronte a questo mezzo, cominciano a sentirsi meno liberi, senza alternative extraweb. È il dottor Federico Tonioni, responsabile dell'ambulatorio dedicato alla cura dell'Internet Addiction Disorder (IAD), la dipendenza da Internet, a spiegarci gli obiettivi della nuova struttura istituita all'interno del Day Hospital di Psichiatria del policlinico "Agostino Gemelli" di Roma, diretto dal professor Pietro Brià. "Da qualche anno – continua il dottor Tonioni – nell'ambito del mio lavoro, ho notato nuove sintomatologie, nuove condot-

te psicopatologiche, cambiamenti strutturali della mente delle persone, trasversali a tutte le patologie. Ho ipotizzato che potesse esserci un cambiamento nella struttura mentale presente soprattutto in pazienti giovani: i ragazzi che si rivolgono a noi oggi sono stati i bambini tecnologizzati, cioè quelli che in fase di imprinting - da zero a sei anni - hanno interagito con un ambiente esterno globalizzato, dove il tempo e lo spazio hanno una rappresentazione diversa. Dato che la nostra identità si costituisce attraverso la dialettica con il mondo esterno, se questo cambia è possibile ipotizzare anche dei cambiamenti strutturali della mente non del tutto compresi nei mo-

delli psichiatrici e psicoanalitici che prima usavamo per lavorare".

Perché Internet causa dipendenza?

L'assenza del limite, la possibilità di fare associazioni di qualunque tipo, il fatto di poter stare in più posti contemporaneamente, il vissuto di onnipotenza, una diminuzione della capacità di attesa. Tutto ciò che è limite nella realtà, su Internet è possibile travalicarlo. È importante notare comunque che la dipendenza non è proporzionata al numero di ore passate sul Web ma riguarda un'inversione di tendenza tra il tempo che si trascorre online e quello che si passa occupati in attività extra Web. E l'investimento mentale che si fa sul Web

che è indice di un disturbo: è meno sano trascorrere al computer quattro ore perché sono le sole a disposizione ma passare il resto della giornata pensando ossessivamente a tutto ciò che sta accadendo online, al Social network o al Gioco di ruolo a cui si partecipa, alle e-mail che si ricevono e che non si possono leggere, a tutte le informazioni a cui non si può accedere, rispetto ad un quadro in cui si è costretti a stare dieci ore al giorno davanti al computer e su Internet ma non si vede l'ora di tornare a casa e occuparsi di altre attività. È nel primo caso che si crea uno stato di sofferenza e tendenza compulsiva a collegarsi.

I pazienti che si sono presentati nel vostro ambulatorio sono adolescenti?

No, sono giovani che hanno già un certo grado di consapevolezza della dipendenza. Negli adolescenti, proprio per l'acquisizione di un nuovo modo di pensare non è presente la concezione della dipendenza. Comunque l'adolescente che viene accompagnato dal genitore, dopo la prima visita, deve esplicitare la propria volontà di continuare il trattamento. Al di fuori della richiesta di aiuto spontanea del paziente non ci può essere terapia.

Lo IAD si presenta in comorbilità?

Esiste quasi sempre un tratto premorboso, ma questo è valido per lo sviluppo di qualsiasi dipendenza patologica. C'è sicuramente l'associazione con alcuni aspetti depressivi, mancanza di creatività e di piacere in tut-

I ragazzi che oggi si rivolgono a noi sono stati i bambini tecnologizzati che in fase di imprinting hanno interagito con un ambiente esterno globalizzato

te le attività praticate al di fuori dal Web, una sorta di ritiro sociale. Ma più che avere a che fare con la depressione possiamo notare la presenza di tratti schizoidi della personalità.

Quali sono le conseguenze del disturbo?

Le conseguenze fisiche sono minoritarie e vanno da una importante alterazione del ritmo sonno-veglia, ai problemi alla vista, alla schiena, alla sindrome del tunnel carpale. Dal punto di vista sociale una permanenza patologica su Internet tende progressivamente alla costituzione di un mondo autistico sotto il totale controllo del soggetto dipendente in maniera molto simile a quella che avviene con l'assunzione di droghe. Nei casi più gravi abbiamo persone che non escono dalla propria stanza, che non frequentano più gli amici, con una diminuzione dell'eloquio. Infatti, al di fuori del Web, non parlano con nessuno, nemmeno con i genitori. Inoltre si riscontrano difficoltà nella comunicazione non verbale ed una influenza negativa nelle attività lavorative: non è un caso che sei aziende su dieci abbiano ridotto l'utilizzo di Internet.

Come si sentono le persone con IAD quando sono online?

Sono assorti, quasi in uno stato dissociativo: è il motivo per cui spazio e tempo vengono percepiti in maniera diversa e per cui si arrabbiano se disturbati.

È possibile che una delle applicazioni della Rete sia la causa scatenante?

Non credo che esista una sottodipendenza più forte delle altre. È la possibilità di sapere sempre quello che fanno e dove sono gli altri che seduce la mente degli esseri umani. Nella società odierna il controllo è diventato normale e non ce ne rendiamo conto. Cellulari, navigatori satellitari, telecamere, il satellite di Google che ti permette di curiosare ovunque. Non è un caso che la cocaina, per definizione la droga che aumenta la sensazione di riuscire a controllare ma anche quella di essere controllati, oggi sia quella più utilizzata e che tutte le patologie psichiatriche basate sul controllo, sulla paranoia e sulla compulsione siano aumentate. In Psichiatria i sintomi cambiano. Anni fa, alcuni disturbi legati all'alimentazione non esistevano, non si pensava al fatto di poter onnipotentemente rappresentarsi in maniera ideale o asessuata.

I cinque sottotipi di dipendenti da Internet - il *cybersexual addiction* (sesso virtuale e pornografia), il *cyber-*

relational addiction (social network), il *net-compulsion* (gioco d'azzardo, shopping e commercio on-line), l'*information overload* (ricerca ossessiva di informazioni) e il *computer addiction* (coinvolgimento eccessivo in giochi "virtuali" o "di ruolo") - hanno in comune l'assenza del limite e l'attivazione di dinamiche onnipotenti.

Ma è lo strumento che provoca la dipendenza o il comportamento che vi si associa?

Lo strumento comunque amplifica, perché seleziona delle operazioni mentali rispetto ad altre. Le dinamiche mentali che si attivano davanti ad un computer non sono le stesse di quelle che si attivano nella realtà. Il pensiero di controllare gli altri attiva delle precise vie neurofisiologiche che, continuando ad essere solcate nel tempo, si riattivano in automatico anche fuori dal Web. Il controllo di una persona non finisce quando si spegne il computer. È per questo che si parla di modificazione del pensiero pro-

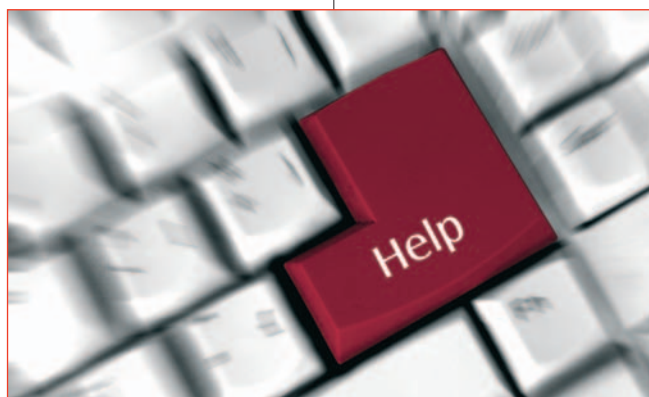
babilmente evolutiva, quindi al di là del positivo o del negativo, però più basata sull'ipercontrollo.

Qual è il trattamento?

C'è un primo colloquio teso ad evidenziare una patologia sottostante se presente. E poi colloqui successivi che promuovono l'inserimento dei ragazzi in gruppi di riabilitazione dove il gruppo, per sua stessa natura, riattiva i meccanismi di relazione dal vivo: il contatto, gli sguardi, l'odore, il rossore, il senso del limite, la capacità di attesa, tutto ciò che riguarda la comunicazione non verbale che noi diamo per scontato, ma che non lo è per chi si rivolge a noi.

La proposta di inserire il disturbo nella prossima edizione del DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) ha creato qualche polemica. Alcuni psichiatri ritengono che curare lo IAD sia in realtà cercare di curare la normalità o, meglio, una cattiva abitudine.

Prendendo ad esempio la cocaina, posso dire che non tutte le persone che ne fanno uso sono dipendenti ma non per questo dobbiamo chiudere un ambulatorio che cura chi si sente cocainomane. Internet non è uno strumento negativo. Ha cambiato la comunicazione tra gli esseri umani. È un altro livello della realtà, neo costituito. Perché dobbiamo negare uno spazio alle persone che vivono un disagio davanti al Web, che pensano di non avere più un'alternativa nel mondo reale? Perché demonizzarli? •



L'ambulatorio è attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 13.30. Per accedere alla prima visita occorre prenotare telefonicamente, contattando i numeri 06 30154332-4122



Intervista con Marco Mochi – Consigliere dell'European Trade Policy (ETP) per i Paesi emergenti – sui problemi del mercato farmaceutico internazionale. L'occasione è stata l'incontro che ha visto 300 esperti di proprietà intellettuale nell'industria farmaceutica di tutto il mondo riuniti a Roma al IX *International Pharma Licensing Symposium* per affrontare i problemi dei paesi emergenti e dell'immissione in commercio di farmaci copia – se non addirittura 'falsi' – con gravi rischi per i pazienti ed evidenti 'difficoltà' per i medici, che non possono avere garanzie che il prodotto utilizzato dal malato corrisponda alla loro prescrizione

Farmaci contraffatti dai mercati emergenti

Gli esperti delle aziende farmaceutiche di tutto il mondo trovano un accordo strategico per “stoppare” l'invasione di farmaci-copie da Cina, Turchia, Brasile e India. No alle “licenze obbligatorie” alle aziende locali per commercializzare i prodotti frutto della ricerca e spinta verso la produzione di biotecnologici di alto livello

di Andrea Sermonti

Gli esperti delle aziende farmaceutiche di tutto il mondo riuniti a Roma in un *summit* a porte chiuse trovano un accordo “strategico” per bloccare la crescente diffusione di farmaci contraffatti e di copie non garantite che, dopo i mercati del terzo mondo, stanno invadendo anche quelli dei paesi industrializzati. Gli oltre 300 esperti di proprietà intellettuale nell'industria farmaceutica riuniti al IX *International Pharma Licensing Symposium* hanno approvato una serie di documenti

che identificano quattro linee di azione prioritarie per garantire *in primis* la sicurezza dei prodotti in commercio e la sicurezza del mercato. “Ma anche la “certezza del diritto” – aggiunge Marco Mochi, Consigliere dell'European Trade Policy (ETP) per i Paesi emergenti – indispensabile a stimolare le aziende nel continuare a ricercare nuove soluzioni alle sfide che la medicina pone ogni giorno”.

Quali sono queste “priorità d'azione” approvate dagli esperti dell'IPLS? Riguardano sostanzialmente una maggiore con-

centrazione degli sforzi politici e diplomatici dell'industria farmaceutica sulla Commissione Europea per ciò che riguarda *in primis* la situazione di 4 paesi in particolare: Cina, Turchia, Brasile e India, dove la situazione è particolarmente difficile. A questo si aggiunge un'integrazione “concentrica” delle associazioni dell'industria farmaceutica europea EFPIA con le strutture ‘sorelle’ PHRMA (USA) e JPMA (Giappone) relativamente ad una strategia comune di protezione dei *dossier* registrati e una forte opposizione alle “licenze ob-

bligatorie”, imposte da alcuni Stati che obbligano le aziende originatrici a concedere la licenza di produzione e commercializzazione di un dato prodotto ad un'azienda locale (vedi l'esempio di quanto successo con Merck in India per un farmaco per la terapia dell'Aids e la stessa cosa successa a GSK in Thailandia, sempre per un farmaco anti-Aids).

Solo richieste agli Stati e alle associazioni di settore, quindi?

No! L'impegno preso è anche quello delle aziende: orientare gli sforzi della ricerca su prodotti originali della biotecnologia, perché su questi prodotti si verifica una maggiore protezione a livello del processo di produzione. In Paesi come India, Cina, Turchia e Brasile, tanto per rimanere a quelli citati, ad oggi non esiste alcun prodotto originale frutto della ricerca biotecnologica. Questo perché non ci sono ancora le condizioni strutturali e di *Know how* per avviarne la produzione.

Qual è il problema dei paesi emergenti?

Da una parte, l'aver allargato a questi paesi il mercato farmaceutico, rappresenta una grande conquista sociale per il mondo intero – essendo questi fino a pochi anni fa esclusi dalla distribuzione di farmaci anche salva-vita – ma allo stesso tempo fonte di pro-

blemi legati ad abusi, contraffazioni e mancanza di tutele legali di ogni tipo. Nella gran parte dei casi le aziende sono consapevoli che iniziare la commercializzazione di un prodotto in questi paesi significa che già il giorno dopo entrerà in commercio un prodotto contraffatto non solo su quello stesso mercato, ma a livello mondiale, attraverso il canale della vendita *on line* o attraverso importazioni parallele, favorite da intermediari compiacenti.

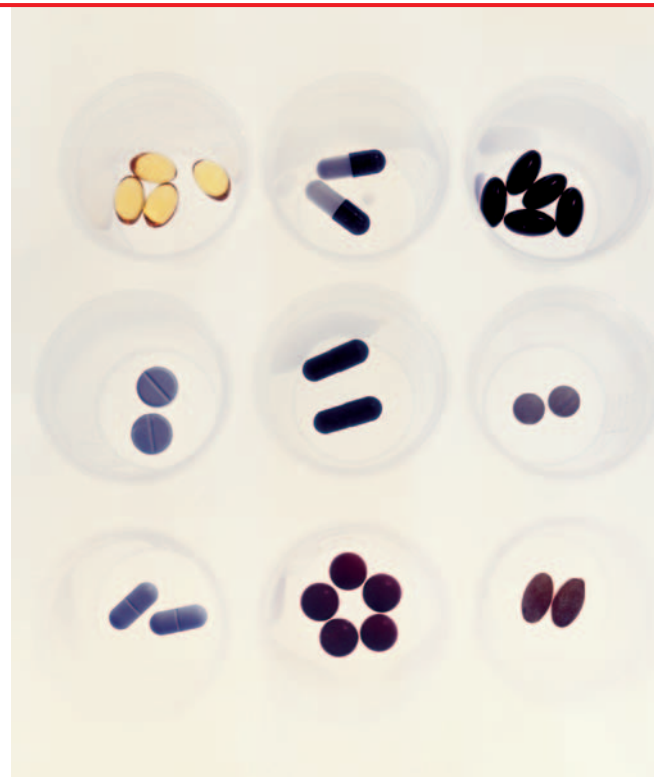
Comportamenti ai limiti della legge penale...

Senza arrivare a questi 'eccessi' esistono anche altre situazioni, alcune assai frequenti, che rendono difficoltosi i rapporti con i paesi emergenti: alcuni impongono tasse all'importazione di principi attivi e prodotti finiti di provenienza 'internazionale' assai elevate e non recuperabili, tali da impedire di fatto la presenza di prodotti stranieri in alcuni Paesi (Brasile, Cina, India); altri impongono licenze obbligatorie (Paesi del Sud Est Asiatico, Africa, Medio Oriente) oppure non riconoscono la protezione sui dati generati nei dossier di registrazione (Cina, India, Brasile, Argentina, Russia). E poi c'è chi impone barriere agli investimenti stranieri oppure una sorta di 'estinzione' internazionale del marchio, che si traduce nella possibilità di consentire, senza controlli sul-

la qualità, le importazioni "parallele" di prodotto (con rischi di contraffazione).

Ma c'è anche un problema legato alla durata dei brevetti?

I tempi della protezione brevettuale di una scoperta scientifica sono via via più corti, e questo per una serie di motivi che vanno dalla richiesta di *dossier* sempre più allargati e approfonditi da parte delle organizzazioni internazionali, con studi clinici lunghi e documentati, fino alla necessità di prevedere un "ombrello" brevettuale di copertura sempre più esteso e dettagliato, per evitare che aziende concorrenti possano, con una minima modifica d'uso, aggirare la protezione brevettuale e accedere allo



sfruttamento economico e commerciale della scoperta. Tempi così ridotti che non consentono alle aziende di recuperare gli inve-

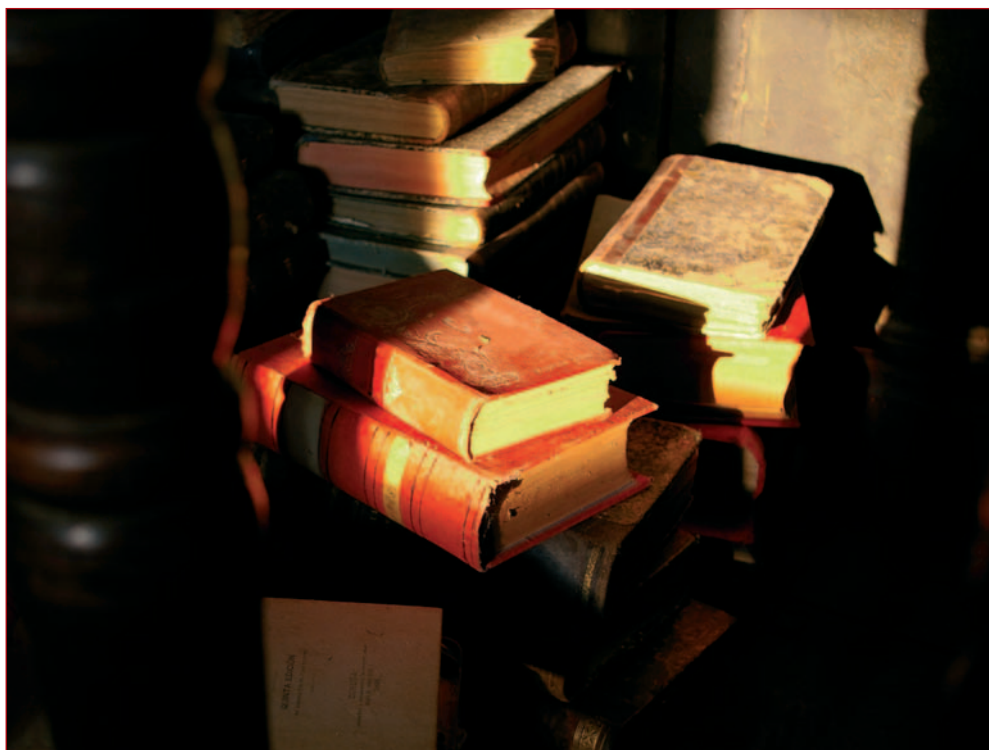
stimenti miliardari necessari a passare dall'intuizione dei ricercatori alla commercializzazione del prodotto. •

IL FUTURO DEL MERCATO FARMACEUTICO

Al simposio internazionale IPLS si è parlato anche del futuro dell'industria farmaceutica e di dove porteranno questi cambiamenti per quanto riguarda i Paesi emergenti, nonché dell'interesse che l'occidente ha nei loro confronti. Ma l'obiettivo del confronto tra gli esperti di tutti i Paesi industrializzati è stato anche quello di sensibilizzare le autorità e spingerle ad allungare i tempi dei brevetti e mettere a punto norme che regolino la commercializzazione dei prodotti contraffatti, impedendone le importazioni. "E' necessaria una chiara presa di coscienza da parte del Governo italiano e, in generale, del mondo occidentale per modificare le attuali leggi che garantiscono poco o nulla le imprese in tema di brevetti – ha detto Claudio Cavazza, vicepresidente di Farindustria – mettendo in campo importanti incentivi di tipo fiscale e una lotta serrata alla contraffazione, nonché riconoscere un valore patrimoniale ai Dossier registrati. In sede Europea, le organizzazioni di settore, di comune accordo con i massimi organismi dell'Unione e con le pari associazioni di settore statunitense stanno implementando per ottenere il necessario riconoscimento – specialmente nei Paesi emergenti – al valore di azienda che tali proprietà intellettuali rappresentano, tramite azioni tese al riconoscimento e all'estensione dei brevetti, all'istituto della protezione complementare dei *dossier* registrati e alla lotta alla contraffazione, tutto ovviamente a tutela della salute pubblica e dei pazienti ai quali, ovunque, deve essere garantito il trattamento ai migliori standard qualitativi".

Aulo Cornelio Celso, un medico...non medico

Anche se secondo molti storici non praticava la professione medica, fu autore della più vasta opera enciclopedica del suo tempo, il *De Artium Liber*, i cui capitoli dedicati alla medicina sono considerati il primo importante trattato sull'argomento



di Luciano Sterpellone

Nel III secolo a. C. si verificò un evento a dir poco sorprendente per l'epoca: Roma conquistò definitivamente la Grecia, ma presto fu a sua volta "conquistata" dalla sua cultura. A quell'epoca erano già vissuti, o stavano vivendo, personaggi come Aristotele, Socrate, Eschilo, Pitagora, Pericle. In Medicina, Esculapio, Erofilo, Ippocrate. È rimasta celebre

la frase di Orazio: *Graecia capta ferum victorem cepit, et artes intulit agresti Latio* (la Grecia, conquistata, conquistò il feroce vincitore e le arti portò nel Lazio agreste).

Sino ad allora era prevalsa a Roma una medicina eminentemente domestica ed empirica, e gli unici medici erano stati etruschi, liberti oppure schiavi provenienti dai Paesi conquistati. La terapia si era basata quasi esclusivamente sull'impie-

go del cavolo (brassica, considerato una panacea) e del vino come eccipiente o veicolo di qualche "medicamento" che vi veniva infuso. In uso anche il melograno per combattere i parassiti intestinali e la dispepsia, nonché il coriandro, la menta e la ruta contro le ulcere. Dopo aver conquistato la Grecia, quindi, Roma cominciò ad assorbire la cultura greca, sino ad esserne totalmente permeata. Ma in un primo tempo, co-

m'era da prevedersi, approdarono a Roma - quasi come "terra di conquista" - medici greci di basso livello, se non addirittura ciarlatani e impostori, che presto delusero ogni aspettativa, non di rado suscitando l'ira degli stessi Romani che li avevano accolti a braccia aperte: come un certo Arcagato che, accolto come grande medico, fu scacciato a sassate con l'eloquente appellativo di *carnifex*. Tuttavia, dopo la prima ondata di questi avventurieri, cominciò ad arrivare anche qualche medico capace di aiutare in qualche modo chi si presentava al suo *jatrèion* (poi detto *medicatrina*): ad esempio Asclepiade di Bitinia, approdato a Roma nel 91 a. C., che divenne medico di Cicerone, Crasso e Marco Antonio. Questi medici di buon livello conquistarono pian piano la fiducia dei pazienti, entrarono nei ginnasi, nelle terme, nell'esercito, divennero medici dei gladiatori e degli schiavi (o, se schiavi loro stessi, divennero liberti), finché furono accolti anche nelle case dei patrizi, dei consoli e dei nobili. Infine, nell'anno 46 a.C. Giulio Cesare concesse loro l'onore della cittadinanza romana, attirando in tal modo altri greci nell'alveo di Roma. Essi assunsero sempre maggior prestigio, talora riuscendo anche ad accumulare enormi fortune, come Antonio Musa, che curò Virgilio, Orazio, Mecenate, e divenne medico personale dell'imperatore Augusto, il quale gli fece addirittura



erigere una statua nel Foro. Eppure, in un periodo in cui nell'Impero romano la Medicina era appannaggio pressoché esclusivo di medici greci, il primo trattato medico di maggiore rilievo fu scritto in latino. Addirittura da un non-medico: Aulo Cornelio Celso, fedele alla tradizione che considerava disdicevole esercitare la professione medica per un *civis romanus*, per di più patrizio. Celso era tutt'al più un *filiatra*, un semplice amico e pratico di quest'arte, il cui grande merito è stato però di riunire in un'enciclopedia (*De Artium Liber*, scritta probabilmente sotto Tiberio tra il 25 e il 35 d.C.) tutte le conoscenze dell'epoca, dall'agricoltura all'arte militare, dalla retorica alla filosofia, dalla giurisprudenza alla medicina. Dei ventuno volumi dei quali era costituita questa enciclopedia, se ne sono salvati soltanto otto, riguar-

danti proprio la Medicina. Alcuni studiosi hanno ipotizzato che Aulo Cornelio Celso fosse realmente medico, sostenendo che alcune sue acute osservazioni rivelano una insolita familiarità con le teorie e la pratica della Medicina, soprattutto con i medicamenti e vari metodi di terapia. Il fatto è che, come ogni altro *paterfamilias*, egli curava i suoi schiavi e altri dipendenti. Tuttavia, altri storici escludono che Celso fosse medico, sostenendo in primo luogo che, essendo per se stesso ricco, non solo non avrebbe mai esercitato la professione per denaro, ma una ricompensa per eventuali prestazioni sarebbe suonata come una sua degradazione al basso rango sociale del medico di allora. Un'altra prova sarebbe data dagli infuocati strali da lui lanciati contro l'avidità dei medici e la sua condanna di certi sistemi di diagnosi. Comunque siano andate le cose, si ricorda che il *De Re Medica* (la parte dell'opera dedicata alla Medicina) è suddiviso in otto libri, preceduti da una lunga prefazione contenente la storia della Medicina da Omero ad Asclepiade di Bitinia. Il primo libro tratta della dieta e dell'igiene, il secondo delle malattie e dei fattori che le influenzano (com-

preso l'ambiente), il terzo libro delle febbri, e riporta la storica tetrade semeiotica dell'infiammazione: *rubor, tumor, calor et dolor*.

Al quarto libro, dedicato alla clinica di varie malattie, segue il quinto sui medicamenti, che Celso distingue in purganti, sudoriferi, vomitivi, narcotici: tra i primi ricorda l'aloe e l'elleboro, mentre tra quelli per uso esterno enumera alcune piante ricche di tannino. Per il trattamento delle ferite raccomanda di arrestare l'emorragia con il tamponamento, di suturarne i margini, e di applicare antistettici come l'olio di timo, il catrame, la trementina e l'arsenico. Per calmare il dolore consiglia il giu-squiamo, la mandragora, l'oppio.

Dà anche la ricetta sicura per dimagrire: mangiare una sola volta al giorno, prendere molti purganti, dormire poco, fare bagni e massaggi in acqua salata, muoversi molto.

Seguono poi i libri sulle malattie della pelle, sulla chirurgia e sul trattamento delle fratture e delle lussazioni. Tra gli interventi descritti da Celso molti sono divenuti classici, come la litotomia laterale (asportazione dei calcoli urinari previo taglio sul fianco), l'operazione per cancro del labbro in-

feriore, gli interventi di plastica per le perdite di tessuto, l'asportazione di cataratta, la tonsillectomia. Tutti interventi che venivano eseguiti con strumenti appositamente ideati, come gli scalpelli (*scalpri*) di varia forma, le sonde (*specilli*), gli uncini (*unci*), le pinze (*forceps*), le tenaglie, i trapani, le seghe, le spatole, oltre che le ventose (*cucurbitae*), le compresse, le corregge.

Un altro merito del *De Re Medica* è di riportare tradotta in latino la terminologia greca che aveva dominato sin'allora il linguaggio dei medici anche in ambito romano. È il primo dizionario, che dominerà la scienza medica per due millenni.

Il *De Re Medica* andò anch'esso perduto: ma fu ritrovato quattordici secoli dopo in una vecchia cassapanca della chiesa di S. Ambrogio a Milano da un semplice suddiacono, Tommaso Perentucelli, che nel 1447 sarebbe divenuto papa Niccolò V. La sua importanza fu considerata tale, che esso divenne il primo libro di Medicina pubblicato a mezzo della stampa a Firenze nel 1478. Secondo gli storici, esercitò un'influenza fondamentale sulla Medicina rinascimentale. •

Il *De Re Medica* riporta la terminologia greca tradotta in latino. È il dizionario che dominerà la scienza medica per due millenni



È di scena la tubercolosi, questa sconosciuta!

Nel 1993 l'OMS ha definito la tubercolosi una "global emergency" e, alcuni anni dopo, ha dichiarato che il 1995 è stato l'anno con il maggior numero di decessi causati dalla malattia nella storia dell'uomo. Alcuni suggerimenti ai medici per identificarne i casi

di Salvatore Rossitto (*)

Alla fine degli anni '70 si diffuse la convinzione che la tubercolosi (TB) fosse stata debellata. Alcune circostanze storiche, il reale arretramento della malattia nei Paesi più ricchi (Europa occidentale, America del Nord e Australia) e la fiducia nella Medicina che era stata capace di eradicare il vaiolo (la dichiarazione dell'OMS è del 1977) contribuirono a quella temporanea cecità di epidemiologi, sociologi e politici nei confronti della TB. Per decenni si è anche ritenuto, erroneamente, che esistesse una immunità antitubercolare simile a quella attiva contro altre infezioni batteriche (come la difterite) o virali (come il morbillo e la rosolia) contro le quali esistono vaccini efficaci. Si è così creduto nel

BCG, il cosiddetto "vaccino" antitubercolare, che una volta inoculato avrebbe dovuto riprodurre la malattia in forma attenuata stimolando una immunità permanente (in Italia l'obbligatorietà del BCG ha resistito dal 1975 al 2001): è stato il più colossale fallimento dei servizi di sanità pubblica. Nel mondo, in circa 90 anni sono state somministrate 4 miliardi di dosi di vaccino con l'aspettativa di debellare la malattia ma con due sconcertanti risultati: nel 1993 l'OMS ha definito la TB una "global emergency" e alcuni anni dopo ha dichiarato che "nel 1995 la TB ha ucciso più persone di quanto non abbia fatto in qualsiasi altro anno della storia dell'uomo".

Vacillano da tempo i pilastri dell'immunologia antitubercolare tradizionale. L'ultimo colpo è stato loro inferto, nel gennaio 2009, da Lalita Ramakrishnan, dell'Università di Washington, Seattle, la quale, studiando il granuloma tubercolare nel *pesce zebra*, ha ipotizzato che macrofagi e linfociti, invece di contenere l'infezione rappresentino

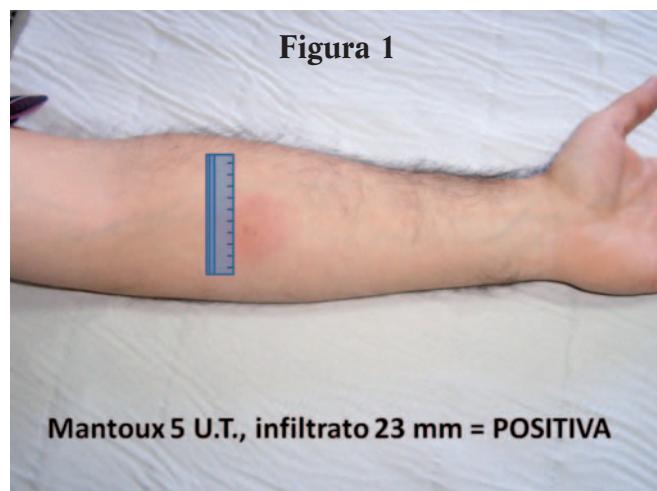
piuttosto il traghetto usato dai bacilli per colonizzare l'intero organismo.

Oggi, nel background dei medici italiani, le nuove ipotesi scientifiche convivono con "consolidate dimenticanze", quali il mancato riconoscimento sia della malattia tubercolare (il ritardo diagnostico medio è di 6 mesi) che dell'"infezione tubercolare", cioè della cutipositività tubercolinica (figura 1), considerata paradossalmente una protezione dalla malattia e non una condizione di rischio tubercolare meritevole di adeguato trattamento.

La globalizzazione e l'"approdo" in Europa di immigrati regolari e clandestini provenienti da Paesi ad alta endemia tubercolare ci obbligano dunque ad affrettare la ricostituzione di una cultura tisiologica con la quale affrontare la recrudescenza della malattia e la sua nuova aggressività in gran parte dovuta alla coinfezione TB-HIV e alla multifarmacoresistenza (MDR). Preoccupano proprio i dati sulla TB MDR la quale è il risultato delle terapie condotte negli ultimi 3 decenni in modo approssimativo che invece di eliminare i bacilli li hanno resi antibiotico-resistenti, e quando i micobatteri "resistono" a tutti i farmaci antitubercolari conosciuti, la TB (XDR) diventa incurabile. E preoccupa la consapevolezza che soprattutto le frontiere meridionali dell'Europa (Lampedusa, Portopalo, Pozzallo) sono varcate da clandestini che almeno nel 40% dei casi risultano infetti.

Il dato della provincia di Siracusa: l'incremento della malattia rispetto al 2004 è del 600 per cento

Figura 1



Soggetto di 31 anni, peso 72 Kg, radiografia del torace negativa. Emocromo con formula leucocitaria, GOT, GPT, glicemia, creatininemia, VES ed esame urine = normali. Diagnosi: Infezione tubercolare.

Ricostituire una cultura tisiologica con la quale affrontare la recrudescenza della malattia

Sappiamo infatti che di essi, il 5% si ammalerà entro i primi cinque anni dall'infezione. Traducendo in cifre ciò significa che per ogni 1000 stranieri che arrivano in Sicilia (a parte i soggetti con la malattia in atto) almeno 400 sono gli infetti (il 40%), di costoro, 20 (il 5% di 400) si ammaleranno di tubercolosi entro 5 anni dall'infezione e poiché ogni malato contagia in media 12 persone in un anno, durante lo stesso periodo essi contagieranno circa 240 persone sane che a loro volta avranno un rischio del 10% di ammalarsi di tubercolosi nell'arco della loro vita. Già oggi in Sicilia la TB rappresenta una emergenza sanitaria; basti citare il dato della provincia di Siracusa ove l'incremento della malattia rispetto al 2004 è del

600%. Ma nel 2010, con la costituzione dell'Area di Libero Scambio, è verosimile che le coste meridionali dell'Europa, aperte ai flussi commerciali con Cina e India (serbatoio mondiale dei malati tubercolari) dovranno fronteggiare una ulteriore crescita del numero di malati per la quale non siamo ancora pronti. Nel 1993, mentre l'OMS dichiarava la TB una "global emergency", la Regione Siciliana⁽¹⁾ chiudeva i dispensari antitubercolari e nel 1995 aboliva lo screening tubercolinico scolastico senza che le risorse recuperate venissero investite nel controllo dei gruppi a rischio. Ma vi è forse un'inversione di tendenza, nel settembre 2009 l'Assemblea Regionale Siciliana ha richiesto un'audizione al Gruppo di Studio Tubercolosi dell'AIPO: "La lotta alla tbc va finanziata nel Piano Regionale Sanitario o siamo incoscienti" ha affermato un parlamentare della Commissione sanità chiedendo maggiori risorse per la gestione della TB.



In attesa che dalle parole si passi ai fatti è opportuno dare alcuni suggerimenti ai medici per "sospettare" un caso di TB. Sottolineare che se è vero che la TB polmonare si manifesta con tosse, febbre e dimagrimento, è altrettanto vero che bisogna cercare tali sintomi accuratamente: a volte la febbre non viene riferita, anche se presente da più settimane, e la tosse viene di regola addebitata a patologie infiammatorie delle vie aeree superiori, specialmente frequenti nei giovani africani, o all'abitudine al fumo; di

conseguenza occorre dare più importanza al dimagrimento. Ricordare che l'art. 2.5.2.2 del Provvedimento 17/12/1998 della Conferenza Stato Regioni obbliga ad eseguire la mantoux 5 U.T. (mai il tine-test), "*nei soggetti recentemente immigrati, il più presto possibile dopo l'ingresso in Italia*". Ribadire infine che per un soggetto positivo alla mantoux, di età inferiore ai 35 anni, o indipendentemente dall'età se è un contatto di caso indice di TB polmonare, bisogna sempre considerare il trattamento antitubercolare. •

(*) *Responsabile del
Dispensario antitubercolare di Siracusa*

I NUMERI DELLA TUBERCOLOSI

Nel mondo

Infetti: 2.000.000.000
Malati: 9.000.000/anno
Morti: 2.000.000/anno

In Italia

Infetti: 6.840.000 su 57 milioni di abitanti⁽²⁾
Malati: 5.000/anno
Morti: 500/anno

- Ogni malato di TB infetta in media 12 persone ogni anno
- Ogni infetto ha un rischio di sviluppare la malattia attiva pari al 5% nei primi 5 anni, più un altro 5% nel resto della vita
- Dal 2000 al 2006 i casi notificati di TB in cittadini non italiani sono passati dal 22% al 46,2%
- La percentuale di infetti tra gli immigrati da Paesi ad alta endemia tubercolare varia dal 40 al 70%

1) Gazzetta Ufficiale Regione Siciliana n. 12, serie speciale n. 3 del 26/3/1994. "Legge n. 30" del 3/11/1993, art. 55, comma 15.

2) Gruppi di Studio Infezioni e Tubercolosi AIPO-SIMeR. "Documento per l'utilizzo dei nuovi test immunologici per la diagnosi di infezione tubercolare latente". Rassegna Patologia Apparato Respiratorio 22:13, 2007.

Melanoma cutaneo, diagnosi e terapie

Il punto su una neoplasia che ancora frequentemente è causa di decesso anche nella popolazione più giovane.
Dalla prevenzione primaria alla terapia alla biopsia del linfonodo sentinella come avviene per il carcinoma mammario

di Ettore Minutilli (*)

La patologia cutanea, di diagnosi non difficile all'occhio di un medico esperto in dermatologia oncologica, può compromettere la sopravvivenza del paziente allorché ha iniziato la sua fase di crescita aggressiva a livello dermico che sarà responsabile della successiva fase di metastatizzazione prevalentemente linfatica. Allo stato attuale, quindi, la necessità di una prevenzione primaria (diagnosi precoce del melanoma cutaneo) si affianca a quella secondaria (diagnosi precoce del melanoma metastatico) finalizzata ad instaurare una terapia idonea per il miglioramento della sopravvivenza. Nessuna indagine non invasiva è riuscita sino ad oggi ad individuare precocemente e con certezza la prima localizzazione siste-

mica di melanoma cutaneo; viceversa, sfruttando il razionale scientifico che la via preferenziale di metastatizzazione del melanoma cutaneo è quella linfangiogenetica che la neoplasia stessa si crea verso il primo linfonodo loco-regionale (sentinella) drenante, è diventato ormai comune eseguire la biopsia del linfonodo sentinella (LNs), così come avviene per il carcinoma mammario. Secondo le linee guida attuali, tale metodica viene eseguita in regime di day-surgery entro 90 giorni dalla diagnosi istologica di un melanoma cutaneo con spessore di Breslow ≥ 1 mm o IV-V livello di Clark, iniettando un tracciante radioattivo (generalmente Tc⁹⁹) intorno alla cicatrice chirurgica del pregresso melanoma e individuando prima l'imaging della stazione linfatica loco-regionale drenante con una linfoscintigrafia pre-operatoria e successivamente con l'ausilio di una gamma sonda intra-operatoria il segnale di più alta radioattività del LNs rispetto agli altri linfonodi della stazione linfatica. Più recentemente, sono state

introdotte apparecchiature in grado di rilevare in modo sofisticato l'imaging intra-operatorio del LNs, senza la necessità di una linfoscintigrafia pre-operatoria. La biopsia del LNs è finalizzata alla diagnosi precoce della metastasi linfonodale, valutata istologicamente (macrometastasi), immunoistochimicamente (micrometastasi) ed eccezionalmente con tecniche di biologia molecolare; solo in caso di positività per micro/macrometastasi del LNs, si procede rispettivamente alla radicalizzazione parziale/totale del distretto linfatico loco-regionale in una seconda sessione operatoria. Il valore della biopsia del LNs è stato largamente dimostrato da una serie di pubblicazioni scientifiche che hanno concluso che le dimensioni della metastasi nel LNs rappresentano il più importante fattore prognostico per l'eventuale coinvolgimento dei linfonodi restanti (non-LNs). Tale passaggio è obbligatorio per una corretta stadiazione (IIIA = micrometastasi LNs, IIIB = macrometastasi LNs, IIIC = metastasi LNs clinicamente

palpabile, IVA = coinvolgimento non-LNs) e quindi per impostare il regime terapeutico più appropriato finalizzato a migliorare la sopravvivenza libera da malattia (RFS) e la sopravvivenza globale (OS). Infatti, se è vero che i trials clinici finora condotti non hanno dimostrato con certezza una superiorità della biopsia del LNs seguita da immediata radicalizzazione linfonodale loco-regionale rispetto all'osservazione clinica della stazione linfatica distrettuale ed eventuale successiva linfoadenectomia totale in termini di OS più che RFS, è altrettanto dimostrato che una idonea terapia adiuvante post-chirurgica è in grado di migliorare sicuramente la RFS e probabilmente anche la OS.

La terapia adiuvante post-chirurgica si avvale già da tempo dell'uso endovenoso di IFN- γ ad alte dosi per almeno un anno con risultati soddisfacenti in termini di RFS più che OS nei pazienti con melanoma ad alto rischio (stadio III). Più recentemente, l'introduzione della tecnica della biopsia del linfonodo sentinella ha permesso di affinare la stadiazione del melanoma ad alto rischio, soprattutto grazie alle indagini immunoistochimiche più che di biologia molecolare condotte sul LNs (stadio IIIA per micrometastasi rilevabili all'immunoistochimica versus stadio IIIB per macrometastasi rilevabili all'esame istopatologico di routine).

Il valore della biopsia del LNs è stato largamente dimostrato da una serie di pubblicazioni

Inoltre, i trials clinici internazionali hanno dimostrato i vantaggi dell'uso ad alte dosi della forma peghilata (PEG-IFN- α 2a/b) rispetto a quella non-peghilata sia in termini di migliore compliance (somministrazione sottocutanea settimanale) e tollerabilità (minori effetti collaterali) sia in termini di maggiore efficacia, più per RFS che OS, particolarmente nello stadio III-N1 (IIIA-B). A tal proposito, lo studio EORTC 18991 ha dimostrato che la somministrazione di PEG-IFN- α 2b alla dose di 6 g/kg/sett. per 8 sett. seguita da 3 g/kg/sett. per ulteriori 10 mesi permette di raggiungere buoni risultati in termini di RFS più che OS nei pazienti in

**È dimostrato
che una idonea
terapia adiuvante
post-chirurgica è
in grado di migliorare
la sopravvivenza**

stadio III-N1 più che III-N2 con accettabile e reversibile tossicità; inoltre, risultati superiori sono attesi dopo un periodo di 5 anni di trattamento e ulteriore follow-up. L'uso di dosi più elevate (6-8 g/kg/sett.) di PEG-IFN- α 2a, che ha dimostrato risultati soddisfacenti anche in termini di OS nei pazienti con stadio IV, malgrado una scarsamente accettabile tossicità, potreb-

be essere proposto nello stadio III-N1 per ottenere una maggiore risposta terapeutica in termini di OS, magari con una somministrazione bisettimanale (3-4 g/kg) in relazione al suo profilo farmacocinetico per almeno un anno. L'individuazione di nuovi fattori prognostici, quali le dimensioni delle metastasi (micro- versus macro-metastasi) nei LN e la presenza di una significativa reazione immunitaria (alta espressione molecolare HLA-I e II e densità cellule dendritiche mature con conseguente espansione delle cellule della memoria T-citotossiche effettatrici antigene-specifiche) nei LN, ha permesso inoltre di selezionare i

pazienti ad alto rischio (IIIA-B) più idonei ad una immunoterapia adiuvante, come dimostrerebbe la possibile regressione spontanea ($< 0,1$ mm) o farmaco-indotta della micro-metastasi di melanoma. Negli stadi più avanzati (IIIC-IVA), viceversa, l'immunoterapia ad alte dosi può avvalersi della combinazione con nuovi farmaci chemioterapici (temozolomide, carboplatino, paclitaxel) e/o proapoptotici, quali più o meno specifici inibitori di tirosin-chinasi (TK) che interagiscono con rilevanti segnali intracellulari della replicazione neoplastica. Tale categoria di farmaci proapoptotici ha posto quindi l'indicazione assoluta allo studio del profilo genetico-molecolare del melanoma metastatico per ottimizzare la selezione dei pazienti più idonei a questo nuovo approccio terapeutico. Le mutazioni genetiche sporadiche più frequentemente riscontrate nel melanoma metastatico sono BRAF e NRAS e la monoterapia con gli inibitori di TK anomale secondarie a tali mutazioni si è dimostrata di scarso valore, laddove la sua associazione con l'immunoterapia ad alte dosi con PEG-IFN- α 2a/b sembrerebbe molto promettente nella futura terapia del melanoma metastatico. •

() Dipartimento
di Scienze Chirurgiche
Università Cattolica
del Sacro Cuore, Roma*



Fare il medico in ambiente carcerario

di Antonio Gulli

Il dibattito che negli ultimi tempi si è sviluppato sui mezzi di informazione sulla situazione carceraria in Italia ci ha suggerito di riprendere l'argomento. Il nostro giornale si era già occupato della situazione attraverso un'analisi attenta delle caratteristiche dell'istituzione detentiva e, in particolare, del ruolo svolto dal medico preposto alla sanità penitenziaria. Il numero 3 del 2003, infatti, ospitava il contributo del dottor Sergio Fazioli in qualità di esperto della questione carceraria e delle problematiche relative alla tutela della salute dei detenuti. Incalzati dalle contingenze di cronaca, siamo andati a ritrovare il dottor Fazioli per capire se – a distanza di tempo – qualcosa fosse cambiato e quali altre cose restavano da fare. L'intervista che abbiamo a lui rivolto rappresenta una preziosa testimonianza di come la salute nella popolazione carceraria sia ancora

tanto difficile da tutelare e di quanto i nuovi assetti organizzativi e burocratici abbiano complicato questo compito. In relazione a questo ultimo aspetto, ci dice Fazioli che “quello che emerge è che ancora non è stata recepita, da alcuni provveditori regionali, la norma dettata dal dipartimento della Amministrazione penitenziaria che, da qualche anno, ha dato loro il compito di programmazione del servizio con eventuale potere di redistribuzione delle risorse economiche ed umane.

La legge 230 del 1999 – infatti – sanciva il trasferimento dell'assistenza sanitaria carceraria dall'amministrazione della Giustizia a quella della Salute, quindi alle Asl, ma il passaggio è stato bloccato ed i fondi sono stati ridotti. L'amministrazione della Giustizia, e di conseguenza l'Autorità giudiziaria, che usufruisce della sanità penitenziaria anche per fini medico-legali, tendono a conservare lo status quo fino a quando i nuovi soggetti del Servizio sanitario pubblico non si dimostreranno entusiasti di acquisire, insieme alla sanità penitenziaria, anche tutti quei problemi carcerari che ruotano sulla socialità finalizzata al recupero umano, ma con poche risorse adeguate”.

Forse, arrivati a questo punto, è utile fornire al lettore alcune informazioni. In sostanza, HIV, epatiti virali e tubercolosi sono – oltre a quelle psichiatriche – fra le malattie più diffuse in carcere.

In tutta Italia il 17% dei reclusi è affetto da malattie virali croniche. Solo nel Lazio il 3,33% dei detenuti ha l'Hiv. In sostanza, malattie mentali, Aids e Tbc rappresentano i mali storici. Poi c'è la nuova emergenza: l'Epatite C. Colpisce un detenuto su tre. E rispetto a questo ultimo dato c'è da aggiungere che la diffusione del virus non si ferma all'interno del carcere ma esce insieme al detenuto, rappresentando un pericolo per la salute pubblica. Questo è quanto denunciato dai medici penitenziari della S.I.M.S.Pe; questo è quanto fotografato da un'indagine GfK-Eurisko rispetto all'emergenza posta in atto dall'Epatite C. Dai dati del 2007 tale patologia risulta diffusa in 25 istituti di pena italiani.

Tutto ciò ci fa dire che, se esercitare la professione medica è difficile e richiede una competenza sempre aggiornata, fare il medico in determinate condizioni non può che risultare ancora più complicato. Il ribadire che le malattie non

si fermano dietro un cancello chiuso a chiave e che i virus non trovano un ostacolo in un muro di cinta è decisivo sia per il rispetto dell'uomo detenuto sia per l'intera società. Quindi, dire che la salute è l'elemento chiave dei problemi carcerari è riduttivo. Probabilmente è più opportuno dire che la tutela della salute in qualsiasi ambiente è una garanzia per tutti. Un esempio: secondo i dati internazionali, ben il 60% dei detenuti tossicodipendenti è sieropositivo ma, ai test, la sieropositività tra i detenuti – secondo quanto dichiarato da Sergio Babudieri, infettivologo penitenziario e docente all'Università di Sassari – è passata dal 10%, del 1990, al 2,5% circa a fine 2001. La notizia non può che essere valutata positivamente se non fosse che le verifiche dell'HIV tra i detenuti non sono obbligatorie. Ci dice a questo proposito il dottor Fazioli: “A Rebibbia, se sono vere le stime internazionali, ci dovrebbero essere circa il 17% dei detenuti affetti da HIV. Ne risultano, invece, solo il 5%. Perché il prelievo per esame HIV è facoltativo? Così – sottolinea il nostro interlocutore – esiste il pericolo di contagiare persone che vivono in una collettività obbligata e, qualora un cittadino detenuto fosse sieropositivo senza saperlo, di aggravare il proprio stato di salute per mancanza di cure. È para-

**In tutta Italia
il 17% dei reclusi
è affetto
da malattie
virali croniche**



tanti. In un Istituto giudiziario può transitare, per motivi legati soprattutto ai procedimenti penali, circa il 400% della popolazione residente e cioè a dire annualmente la popolazione di un grande carcere giudiziario può rinnovarsi 4 volte. Le stime sulla domanda di salute e quindi sul fabbisogno di medici, nei due casi, sono radicalmente differenti tra una popolazione controllabile che non cambia (Casa di reclusione) e una popolazione (carcere giudiziario) con turn-over elevato, che consente con difficoltà di prevedere le situazioni critiche di salute proprie di una grande Comunità Confinata (rischi di epidemie, etc.).”

Come si è potuto vedere, questo frastagliato mondo di intrecci economici, sociali, umani e psicologici che è il carcere fa sì che le relazioni che al suo interno si consumano le si possano definire come un’esperienza umana particolarmente sui generis, che presenta molte difficoltà per poterla trincerare all’interno di un’unica definizione.

Ma quanti sono questi ope-

eratori della salute? “I medici penitenziari – ci dice Fazioli - sono pochi e soprattutto non distribuiti secondo i carichi di lavoro: ci sono Istituti penitenziari con un medico incaricato per una popolazione di circa 30 detenuti, altri Istituti, come la Casa circondariale di Rebibbia Nuovo Complesso, dove il rapporto medico incaricato/detenuti è di circa 1/250, fino ad alcuni Istituti Penitenziari siciliani ove tale rapporto sale notevolmente (1/400)”. Proprio in ragione che il “medico penitenziario è una professione non conosciuta e poco riconosciuta e che richiede molte competenze”, quale formazione può essere ordinata affinché un giovane possa ricoprire questa professione? Per quanto ne sappiamo, all’Università di Pavia si è avviato un corso di medicina penitenziaria, mentre, per quanto riguarda coloro che medici già lo sono, il ministero fa corsi di formazione ogni decennio, dotandoli di un libro - D.A.P. IV volume - dove sono descritte le “Norme e disposizioni sui profili professionali” e il profilo del ruolo. Cioè una formazione che possa permettergli piena autonomia e – come già succede in Francia – in grado di decidere e rispondere della salute del detenuto, in analogia ai nostri direttori sanitari di azienda sanitaria pubblica e che rispondano direttamente al ministero della Salute. •

dossale che non si renda obbligatorio l’esame HIV nella popolazione carceraria – ribadisce il dottor Fazioli - proprio per tutelarla dal contagio. L’unico esame attualmente obbligatorio, all’ingresso in carcere, per la prevenzione delle malattie veneree, è la reazione Wassermann”.

Un altro aspetto che rende difficile il lavoro del medico penitenziario è – senza

dubbio – il non tenere conto che non tutti i luoghi detentivi sono uguali. Ci dice ancora il dott. Fazioli: “Tra l’altro non vengono considerate le differenze tra un Istituto penale (Casa di Reclusione), con popolazione carceraria stanziale, ed un Istituto penitenziario giudiziario (Casa circondariale), con un turn-over elevatissimo di detenuti transi-

Migliorare la salute degli altri per proteggere noi stessi

di Lina Losacco

Nell'antico complesso del monastero di San Cosimato risalente al X secolo, tra arte e storia, sorge il Presidio territoriale del Nuovo Regina Margherita di Roma. Nuovo modello di sanità, il Presidio offre una rete completa di servizi sanitari,

specialistica e diagnostica, Rsa e hospice per i malati terminali, un ambulatorio infermieristico e un servizio di medicina generale attivo 24h/24h per rispondere a tutte le esigenze di cura della persona. Pazienti italiani e stranieri, di qualsiasi ceto sociale, turisti, possono afferire ai vari servizi evitando, in alcuni casi, le lunghe liste di attesa grazie alla metodica della continuità assistenziale, fondamentale ad esempio nella diagnosi precoce dell'artrite reumatoide. La continuità assistenziale è svolta anche presso l'ambulatorio di U.O. Medicina Interna che dal 2007 è un punto di riferimento per la cura e l'assistenza dei pazienti affetti da malattie infettive, per la ricerca clinica ed epidemiologica. La responsabile, dottoressa Anna Rita Plastino, sino ad oggi ha accolto circa 1884 pazienti, per il 70 per cento donne, di tutte le età, sia giovanissime che anziane. "Cerchiamo di essere attenti alla qualità della vita del paziente, somministrando cure che devono garantire il mantenimento dell'autonomia della persona il più a lungo possibile". L'accoglienza offerta ai pazienti che afferiscono presso l'ambulatorio non è solo medica; oltre ad es-

sere improntata sull'educazione sociale dei comportamenti a rischio quali relazioni violente, uso di sostanze o di alcol, pericoloso acceleratore della replicazione virale, c'è molta attenzione alla persona nella sua interezza.

I pazienti visitati dalla dottoressa Plastino provengono da tutte le fasce sociali, agiate e non; in gran parte sono inviati dai centri di accoglienza della capitale: profughi di guerra, rifugiati, perseguitati politici, persone oltre la soglia di povertà e poi tantissime donne vittime di violenza, molte delle quali inviate dai Centri Antiviolenza di Roma. Tante di esse sono terrorizzate dalla possibilità di aver contratto una malattia venerea a seguito della violenza subita. Nelle situazioni di violenza le donne subiscono una compromissione della propria salute, con forte malessere sia reale che percepito, danneggiate nel corpo e nella mente. "In numerosi casi è sorprendente il recupero della dignità e del benessere psico-fisico della persona che accetta di essere *educata* rispetto ai comportamenti sicuri da adottare per il mantenimento della propria salute o per evitare i rischi di trasmissione" conferma la dottoressa Plastino che da gennaio 2009, essendo la Medicina Penitenziaria divenuta di competenza della Asl RmA, due volte a settimana si reca presso il carcere di Regina Coeli di Roma. Qui ha incontrato 602 detenuti; su un campione di 332 individui, gli italiani (16,5 per cento) sono risultati positivi all'epatite C più che gli stranieri (5,1 per cento).

Nel caso dell'epatite B la situazione si ribalta con una prevalenza tra gli immigrati, 7,5 per cento, contro il 5,4 per cento degli italiani.

Hiv, tubercolosi, sifilide, epatiti B e C sono spesso correlate. Coloro che sono affetti soprattutto da epatite B provengono da paesi come l'Africa Occidentale e il Corno d'Africa, dove le scarse condizioni igieniche e la cattiva gestione medica con-



tribuiscono alla formazione di riserve di agenti infettivi. In India convivono con il virus dell'epatite B più di 30 milioni di persone, il triplo rispetto all'Europa. In Cina sono 93 milioni, un quarto dei malati cronici di tutto il mondo. Altro serio problema è la tubercolosi; considerata spesso "malattia del passato", colpisce non solo paesi a reddito medio basso ma anche quelli ricchi (Vedi articolo alle pagine 24-25). L'ambulatorio di infettivologia del Presidio Nuovo Regina Margherita, collegato ai tre SerT presenti nel territorio della Asl RmA, svolge il counselling infettivologico per l'Hiv con l'effettuazione facilitata del Test di Screening che consente l'accesso gratuito e senza prenotazione, tutto in rigoroso anonimato.

Negli anni '80 la pandemia da Hiv ha colpito decine di milioni di persone in tutti i paesi del mondo diventando la prima patologia dell'era della globalizzazione. È divenuta una malattia a decorso cronico a metà degli anni '90 grazie alle Haart (Highly Active Anti-Retroviral Therapy). Secondo il rapporto del Programma Unaid(1), nel 2007 le persone affette da Hiv sono state 33 milioni, con progressi significativi nell'ambito della prevenzione, pur permanendo un'alta incidenza del virus nell'Africa Subsahariana. In Italia secondo l'Istituto Superiore di Sanità dopo

un declino tra il 1996 e il 2006, c'è stato un riacutizzarsi a partire dal 2007.

"L'epidemia da Hiv ha ancora molte zone d'ombra sia a livello terapeutico, sia per quanto riguarda l'aspetto della prevenzione e del controllo della diffusione del virus" ha affermato Massimo Galli (direttore Divisione malattie infettive e tropicali, Azienda ospedaliera Luigi Sacco di Milano) nell'ambito del I Congresso Icar (Italian Conference on Aids and Retroviruses) 2009(2) tenutosi a Milano. "Un Congresso che ha riunito specialisti di varie discipline (virologi, immunologi e infettivologi) con la volontà di creare una stretta collaborazione scientifica tra le diverse competenze" – spiega Antonella D'Arminio Monforte, direttore della Clinica malattie infettive e tropicali dell'Azienda ospedaliera San Paolo di Milano.

Grazie ad un'intensa attività di ricerca, assistenza, volontariato, nuovi presidi terapeutici, oggi è possibile parlare di normalizzazione del paziente affetto da Hiv. L'Italia è inoltre al 7° posto tra i Paesi industrializzati per la produzione scientifica relativa alla ricerca sull'Aids (M. Galli). C'è ancora tanto lavoro da fare. "È necessario che dall'osservazione clinica emergano domande ai problemi non ancora risolti dalle terapie, che rilancino la ricerca in tutti i campi, epidemiologica, farmacologica, di base, dei meccanismi immunologici e immunopatologici" afferma Adriano Lazzarin, primario Divisione malattie infettive, Istituto San Raffaele di Milano.

Ma la grande difficoltà del sistema sanitario resta ancora quella di dover garantire la tutela della salute alle fasce di popolazione che vivono ai margini del sistema. Per coloro che sono in condizioni di fragilità sociale, economica e culturale, l'accesso ai servizi risulta essere estremamente difficoltoso vuoi per disinformazione dell'utente vuoi per la difficoltà dell'operatore sanitario, spesso impreparato nell'accogliere la malattia, la condizione sociale e lo stato d'animo del paziente ai margini. Inevitabilmente anche lo straniero integrato nella fascia sociale "svantaggiata" (basti pensare alla condizione di prostituzione o di devianza), avrà delle ridotte opportunità rispetto alla propria salute. Un sistema sanitario pubblico che intenda tutelare la salute della intera popolazione deve partire necessariamente da una efficiente organizzazione dei servizi sanitari in funzione di una concreta fruibilità da parte dei pazienti stranieri e non. A tal fine l'intervento di inclusione sociale è fondamentale: migliorare lo stato di salute degli altri è il solo modo per proteggere se stessi. •

(1) Il Programma delle Nazioni Unite sull'Hiv/Aids (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Unaid), avviato nel 1996, promuove e coordina la lotta contro la pandemia globale di Hiv e Aids. Unaid gode del sostegno delle seguenti istituzioni: Unicef, Pnud, Unfpa, Acnur, Oms, Unesco, Banca mondiale, Unodc (Ufficio delle Nazioni Unite per la lotta al crimine e alla droga), Pam ed Ilo.

(2) Icar 2009 è stata promossa da Simit - Società italiana di malattie infettive e tropicali e dalle principali Società scientifiche nazionali di immunologia e virologia, con la partecipazione delle Associazioni pazienti Anlaids, Arcigay, Lila e Nadir.

Il risparmio dell'e-government

di Mauro Miserendino

Se usiamo bene l'informatica daremo tre opportunità ai nostri figli: vivere in un mondo più verde e pulito, rendere i segreti accessibili solo a chi può servirsene a fin di bene e, forse, migliorare le cure ai malati. Ma risparmio energetico, tutela della

privacy ed efficienza in sanità sono possibili già oggi, se si investe per alleggerire le architetture informatiche. In sanità come nella pubblica amministrazione anche l'Italia ci sta provando. La parola d'ordine è "virtualizzazione". Virtualizzare vuol dire scomporre l'hardware ed il software dei pc e dei server, e ricomporli su un'altra unità, più potente, più gestibile, meno ingombrante. In pratica clonare tanti piccoli pc in un cervellone grosso, che alla fine risparmia energia, richiede meno licenze, e talora offre soluzioni che fanno lavorare meglio. A Este, vicino Padova, il sindaco Giancarlo Piva sta rivoluzionando municipio ed uffici decentrati. "La rete del comune era diventata così complessa che spendevamo gran parte del budget IT per far sopravvivere la stessa struttura, e non per nuovi servizi. Ma se a casa sua ogni utente può aggiornarsi hardware e software quando vuole, accantonando considerazioni economiche, a noi che abbiamo problemi di budget in fondo il computer serve per obiettivi limitati: scrivere testi e riempire moduli preconfezionati; archiviare documenti; navigare in Internet (si spera non per stupidaggini personali); scaricare posta elettronica; utilizzare programmi per la contabilità, gestire tributi, o per la ricerca anagrafica. Perché dare la caccia

all'ultimo pentium XIII, o al software aggiornato (di cui usiamo il 7-8 per cento) che poi richiede anche l'ultima scheda grafica e microprocessore, altrimenti "gira piano"? Così, al posto dei 130 pc collegati in rete con sei server, man mano che il vecchio materiale si usura, montiamo ultra-thin client, in pratica terminali dotati di soli monitor e tastiera".

"Inserendo il suo badge in un lettore – continua Piva – il dipendente accede alla struttura server, che concentra ed elabora tutti i dati e i programmi utilizzati in ufficio. Sarà 'alleggerito' l'85 per cento delle postazioni; resteranno 'tradizionali' gli uffici tecnici". Il primo vantaggio è di ordine pratico. "Nessuna cpu, niente ram o dischi, niente che si possa rompere o "configurare", spiega il dottor Andrea Tecchio, artefice della sperimentazione comunale. "Tutti i dati sono centralizzati, recuperabili in tempo reale". Secondo step, i soldi: al minor costo iniziale d'acquisto degli strumenti (meno di 200 euro per un ultra-thin client contro i 4-500 di un pc, che per quanto usato bene dura la metà) si aggiunge una previsione di spesa energetica abbattuta di oltre sessanta volte. "Un pc consuma 0,3kw/h medi – spiega Tecchio – ma almeno un 30 per cento di potenza è dissipata in calore – cui va aggiunto il consumo generato dal mancato distacco dalla corrente che va da 0,002 a 0,015kw/h. Un ultra thin client in funzione invece consuma solo 0,003 kwh, un



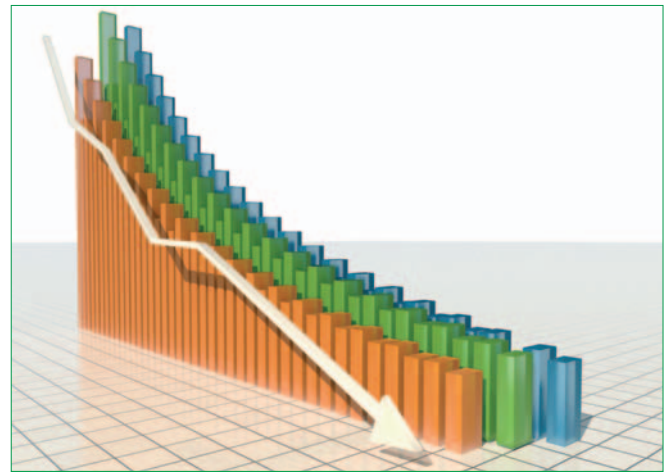
centesimo di un pc, e quasi quanto un computer spento non staccato dalla presa. Considerate 100 postazioni di lavoro, 10 ore al giorno e 250 giornate all'anno, passiamo da 62,5 a 1 MegaWatt annui". Inoltre, "l'aggiornamento sulla macchina diviene subito operativo per tutti gli utenti dei desktop remoti. Infine, i risparmi nelle licenze; coerentemente con gli inviti dell'Unione europea alle pubbliche amministrazioni a dialogare con linguaggi informatici universali e teoricamente a costo zero, scaricabili da tutti gli utenti, ad Este si è adottato un software *open source* puntando su linux CentOS, al momento senza smantellare Windows".

Si passasse armi e bagagli al sistema operativo 'per tutti' Tecchio vede altri risparmi, dell'ordine di 15-20 mila euro, temperati in parte da maggiori costi di manutenzione software. In ogni caso, il Comune prevede di tenere per nuovi investimenti 230 mila euro in quattro anni. Ma i numeri di grandi realtà (Finsiel, Daimler, Onu) parlano di risparmi del 35-40 per cento alla voce sistemi informatici. Nelle Asl, su centinaia di posti lavoro e postazioni, in teoria si potrebbe risparmiare fino al 50 per cento. Un cenno a parte merita la tutela della privacy. "Intanto, ci costa meno adeguarci alle normative. Quanto alla sicurezza – dice Tecchio – ogni impiegato ha bisogno di badge con identificativo e password ed ogni accesso è controllato dall'amministratore del sistema. Sul terminale poi non c'è disco, non c'è memoria ram, nulla che possa essere utilizzato per conservare dati. L'operatore 'periferico' può solo 'navigare' nei dati ai quali è abilitato; e non può copiarli dato che non c'è dispositivo locale. Per utilizzare memorie rimovibili (come le memory pen usb, o cd/dvd esterni) deve chiedere l'abilitazione all'amministratore. Dall'altra parte, il sistema è predisposto per conservare ogni particolare operazione".

In Lombardia, negli ospedali di Crema, Lodi e Bergamo, dove già i medici hanno una card che consente solo a loro l'accesso alle cartelle dei pazienti, il potenziamento dei server è teso a consentire di muoversi senza dover attendere di tornare al proprio posto per consultare informazioni utili o inserirne di nuove nei propri documenti informatici. Agli Ospedali Riuniti di Bergamo, lo specialista attiva la postazione informatica e abilita la sessione di lavoro utilizzando la propria 'tessera intelligente' (smart card), che diventa quindi strumento di identificazione e abilitazione secondo le recenti norme in tema di privacy e gestione dei dati sensibili del paziente. L'informatizzazione dei servizi diagnostici quali Radiologia e Laboratorio oltre al Pronto Soccorso e alle Sale Operatorie consentono oggi al medico di disporre al terminale di tutte le informazioni relative al paziente che ha in cura senza più richiedere copia cartacea dei documenti con risparmi di tempo e di denaro. "Con la prospettiva

Ogni impiegato ha bisogno di badge con identificativo e password ed ogni accesso è controllato dall'amministratore del sistema

dell'apertura del Nuovo Ospedale ci siamo posti l'obiettivo di garantire al medico o all'équipe di fruire delle informazioni cliniche ovunque essi si trovino, riducendo al minimo i tempi", spiega l'ingegner Flavio Martinelli, che conduce la sperimentazione di Bergamo. "Per raggiungere l'obiettivo doteremo il Nuovo Ospedale di infrastrutture di trasmissioni dati wireless, di dispositivi mobili (carrelli informatizzati) e soprattutto potenzieremo il sistema di autenticazione. Oggi al momento di spostarsi, il medico convocato, poniamo in ps, toglie la smart card che lo identifica e il pc si spegne. Ma perché lo stesso medico possa senza interruzione richiamare dall'altra postazione, dopo essersi autenticato con la card, le stesse informazioni su cui stava lavorando, è necessario che la sessione di lavoro resti aperta sul server centrale. Per fare questo c'è bisogno di virtualizzare tutte le postazioni dei sanitari. La sperimentazione fin qui condotta è incoraggiante anche se l'introduzione di questi strumenti sarà graduale sia in numero di postazioni sia in numero di applicazioni virtualizzate in quanto, in sanità, scontiamo una certa complessità legata al numero di periferiche e al numero di servizi di soggetti terzi da gestire in primis quelli legati al sistema informativo della regione Lombardia a cui siamo tutti collegati. Più che una rivoluzione rapida, occorre metodo". •



Un minor costo iniziale d'acquisto degli strumenti ed una previsione di spesa energetica abbattuta di oltre sessanta volte



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.

È nata Fisopa

La Federazione Italiana delle Società Scientifiche dell'Ospedalità Privata Accreditata (F.I.S.O.P.A.), è nata con l'intento di promuovere la ricerca scientifica ed il riconoscimento della professionalità dei medici che operano nella realtà della Sanità Privata Accreditata, per creare linee guida comuni e protocolli clinici miranti ad ottimizzare il livello di assistenza al malato.

Per la prima volta in Italia, medici di diverse specializzazioni, si sono uniti in una federazione che opera nell'ambito di una sanità pubblica, pur avendo una gestione indiretta delle risorse di tipo privato. Durante la presentazione sono stati evidenziati i dati nazionali dell'attività delle strutture private che dimostrano risultati di efficienza e di presenza fattiva nell'erogazione delle prestazioni nel SSN. Dal confronto dei dati presentati si evince che le Strutture Private Accreditate sono la terza forza nel panorama nazionale della sanità e i collocano al primo posto come gradimento dell'utenza.

Scuolatao Bologna e Università La Sapienza Roma

Integrazione tra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale

Bologna, lezione introduttiva 12 e 13 dicembre presso il Best Western City Hotel, via Ambrogio Magenta 10

Le lezioni hanno cadenza mensile, si svolgono a Bologna, nei fine settimana, nel corso di tutto il 2010;

il master è rivolto a medici e odontoiatri che possono conseguire un attestato universitario di II livello che possiede valore legale di titolo nei concorsi pubblici

Iscrizioni: entro gennaio 2010

Informazioni: Segreteria Scuolatao, via Gambara 15, 29122 Piacenza.

tel. 0523 623168, 346 6183551, lun-ven 9.00 - 13.00

sito Internet: www.scuolatao.com e-mail: info@scuolatao.com

Agopuntura

Catania, 19-20-21 febbraio / 23,24,25 aprile

Direzione: Gesuele Sciacca

Alcuni argomenti: teoria dello ying yang; legge dei cinque elementi; percorsi energetici, meridiani principali, secondari, curiosi; i punti di agopuntura; la stimolazione efficace del punto; meccanismi di produzione di energia ed i tre focolai

Medicina omeopatica

Catania, 26-27-28 febbraio

Direzione: Giuseppe Crisafulli, Alessandro Pumo

Alcuni argomenti: principi generali della medicina omeopatica e loro applicazione nelle patologie più comuni; principali profili clinici e rimedi più frequenti

Informazioni: Segreteria Scientifica: tel. 329 4851520, sito web: istitutomedicinadidattica.it

Segreteria Organizzativa Istituto di medicina didattica, Via Cesare Vivante 3, 95123 Catania, tel. 095 437357



I Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università Sapienza Roma

Metodi statistici per la ricerca e la pratica biomedica

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

Economia e management sanitario in ospedale e nei servizi sanitari territoriali

Roma, a.a. 2009/2010

Direttore: prof. Antonio Boccia

Informazioni: Dipartimento di medicina sperimentale, Università "Sapienza" Roma,

Viale Regina Elena 324, 00161 Roma, tel. 06 49970251, fax 06 4958348,

e-mail: rosaria.vacchio@uniroma1.it, sito web: www.uniroma1.it/studenti/corsi/altaformazione

La scadenza per la presentazione delle domande è il 30 novembre 2009

Università degli studi di Bologna - Dipartimento di medicina clinica

Endoscopia avanzata

Bologna, gennaio 2010

Direttore: prof. Giancarlo Caletti

Alcuni argomenti: ecografia endoscopica diagnostica e operativa; endoscopia operativa delle vie biliari e pancreatiche; diagnosi e terapie endoscopiche delle urgenze emorragiche; terapie endoscopiche delle neoplasie iniziali e palliazione di quelle avanzate

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

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

Chirurgia colo-rettale

Roma, a. a. 2009-10, Università Cattolica del Sacro Cuore

Direttore: prof. Claudio Coco

Obiettivi: il master ha lo scopo di fornire le basi teorico pratiche della coloproctologia e di assicurare un tirocinio pratico in: tecniche diagnostiche radiologiche di studio del grosso intestino; tecniche diagnostiche e terapeutiche endoscopiche; laboratorio di fisiopatologia anorettale (manometria, ecografia, elettromiografia); patologia proctologica: ragadi, emorroidi, fistole, prolapsi (classificazioni, fisiopatologia, tecniche chirurgiche e terapeutiche); patologia da alterata defecazione (stipsi, incontinenza: aspetti di fisiopatologia, diagnosi differenziale e terapia); patologia infiammatoria del colon (rettocolite ulcerosa, morbo di crohn): aspetti medici e chirurgici; patologia neoplastica del grosso intestino; nuove tecniche terapeutiche in patologia coloretale: tem, chirurgia laparoscopica, neuromodulazione sacrale

Informazioni: coordinatore didattico del Master Dott. Claudio Mattana tel. 06-3053853-30154166

mail claudio.mattana@rm.unicatt.it, sito web: www.rm.unicatt.it

Dermatologia come arte: dermart 2009

Roma 12 e 13 dicembre, Hotel Residenza in Farnese, Via del Mascherone 59

Direttori: Massimo Papi, Biagio Didona

Argomenti: tatuaggi, piercing e psoriasi; i colori che fanno fare diagnosi; le farfalle cutanee; dermatosi anulari e figurate; i disegni delle infezioni; le macchie bianche; le forme dei nei da temere; l'arte della medicazione; l'arte del camouflage, l'arte della dermocosmesi naturale

Informazioni e iscrizioni: Francesca Giuliani 338 7091451, e-mail: ecmsims@libero.it

Ecm: riconosciuti 28 crediti ecm

Riunione italo francese orl/cmf & montagna

Sestriere, 12 e 13 dicembre, Grand Hotel Sestriere

Responsabili dell'organizzazione: dott. Beatrice Fabio, dott. Dumas Georges,

dott. Lejeune Jean-Michel, dott. Perottino Flavio

Obiettivo: scambio di esperienze da una parte e dall'altra delle Alpi ma anche incontro propositivo per eventuali studi e ricerche da sviluppare insieme in un prossimo futuro in ambito epidemiologico, patologico e di trattamento delle patologie otorinolaringoiatriche e maxillofacciali legate alla montagna

Argomenti: trauma della laringe, trauma del terzo medio della faccia e dei denti, vertigini post traumatiche, trauma cervicale, tumori cutanei del volto, attualità sulla sordità improvvisa, roncopia in montagna

Informazioni ed iscrizioni: Segreteria Organizzativa Asl To2, Ospedale Giovanni Bosco, Torino, dott. Perottino, tel. 338 9051566, fax 02 70039720, e-mail: flavioperottino@yahoo.it

dott. Briccarello, tel. 338 7870357

Ecm: richiesti crediti formativi ministeriali



Analisi transazionale clinica

Specializzazione in psicoterapia per medici e psicologi

Torino, 18 dicembre

Presidente: dott. F. Vercellino

Direttore: dott. C. Giovannoli

L'analisi transazionale è sorta negli anni '50 negli Usa ad opera di E. Berne, medico. Fin dall'inizio è stata applicata in campo ospedaliero e ambulatoriale. Integra aspetti clinici e psicologici; è applicabile a bambini, adulti, anziani e per la sua concretezza può essere mirata a problemi specifici

Informazioni: Segreteria Organizzativa tel 011 7743351, e-mail: segreteria@itat-formazione.it, sito web: www.itat-formazione.it

Università Cattolica del Sacro Cuore

Flebologia chirurgica

Roma, a. a. 2009-2010/2010-2011

Direttore: prof. Gregorio Cina

Requisiti di ammissione: l'ammissione al master è riservata a laureati in medicina e chirurgia in possesso di diploma di specializzazione o esperienza documentata in chirurgia vascolare o chirurgia generale. Le domande di ammissione dovranno essere presentate entro il 18 dicembre 2009.

Informazioni: tel. 06 30155840, fax 06 30155846, e-mail: master.corsi@rm.unicatt.it, sito web: www.rm.unicatt.it/master, prof. G. Cina, tel. 06 30156127, 335 6571968, fax 06 30155951, e-mail: g.cina@rm.unicatt.it

Trattamento mesoterapico del rachide con l'omotossicologia

Milano, 12 dicembre

Argomenti: anatomia, biomeccanica, fisiologia, patologia del rachide. trattamento mesoterapico con prodotti omeopatici-omotossicologici per le patologie rachidee più frequenti

Informazioni: Metidea srl, tel. 02 29518315, e-mail: segreteria@metidea.it

Ecm: assegnati 8 crediti ecm

Chirurgia epato-biliare

Roma, a. a. 2009-2010, Università Cattolica del Sacro Cuore

Direttore: prof. Gennaro Nuzzo

Obiettivi: il Master ha lo scopo di fornire un approfondimento teorico-pratico delle problematiche biologiche, fisiopatologiche, diagnostiche e terapeutiche relative alle patologie epatobiliari di interesse chirurgico.

In particolare, oltre alla formazione teorica, garantita da un periodo intensivo, propedeutico di lezioni e seminari, sarà dato ampio spazio alla formazione pratica.

Informazioni: Segreteria Scientifica Prof. F. Giuliani, dott.ssa M. Vellone, dott. F. Ardito tel. 06 30154967, 06 30155187, e-mail: maria.vellone@rm.unicatt.it

Inail

La nuova tabella delle malattie professionali tra tradizione ed innovazione: aspetti sociali, normativi, medico-assicurativi e riflessi sulla prevenzione

Napoli, 11 dicembre

Alcuni argomenti: quadro normativo del sistema tabellare, caratteristiche ed anomalie del nuovo sistema tabellare, ruolo dell'Inail nella prevenzione: evoluzione normativa, patologie muscolo scheletriche del nuovo sistema tabellare e riflessi sulla prevenzione

Informazioni: Segreteria Organizzativa d.ssa Giuseppina Laporta, tel. 081 7784525, e-mail: g.laporta@inail.it, dott. Roberto Formicola, tel. 081 7784340, e-mail: r.formicola@inail.it, dott. Vittorio Massimo Zurlo, tel. 0824 57259, e-mail: vittorio.zurlo@ao-rummo.it, fax 081 7784606



Ecografia con m.d.c. (ceus) in medicina interna

Frattamaggiore, gennaio - giugno 2010, ospedale S.Giovanni di Dio

Responsabile: prof. L.Tarantino

Obiettivi: l'ecografia con mezzo di contrasto (contrast enhanced ultrasound) è una tecnica ben tollerata, priva di effetti collaterali, ripetibile, che può fornire informazioni fisio-anatomo-patologiche determinanti per la diagnosi e la gestione terapeutica di numerose patologie

Informazioni: Segreteria A.n.i.c.e., sig.ra Colomba Mennella, tel. 340 1446371,
e-mail: segreteria@ecografiainterventistica.it, dott. I. Sordelli, tel. 328 6598053,
e-mail: ignaziosordelli@ecografiainterventistica.it, sito web: www.ecografiainterventistica.it

Seminario di medicina omeopatica

Omeopatia e reumatologia

Roma, 16 gennaio, Istituto Nazareth, Via Cola di Rienzo 140

Argomenti: il metodo diagnostico, clinico e terapeutico omeopatico nelle artralgie, nell'artrite reumatoide, nelle artrosi e nelle connettiviti

Informazioni: Segreteria Organizzativa I.r.m.s.o., Via Paolo Emilio 32, 00192 Roma,
tel. 06 3242843 fax 06 3611963, e-mail: omeopatia@iol.it, sito web: www.irmso.it

Ecm: richiesti crediti ecm

Analisi bioenergetica per psicoterapeuti

Genova, gennaio 2010

Direttore: Nicoletta Cinotti

Argomenti: il Corso di specializzazione in analisi bioenergetica è rivolto a psicoterapeuti di altri orientamenti clinici. L'analisi bioenergetica si basa sul principio dell'identità funzionale mente-corpo, per cui gli stati psicologici riflettono ciò che si verifica a livello fisico e, viceversa, ciò che accade fisicamente si riflette sullo stato emotivo.

Il corso, della durata di 2 anni, più uno facoltativo di supervisione, rilascia un titolo riconosciuto dalla Società Italiana di Analisi Bioenergetica, scuola di specializzazione riconosciuta dal Miur

Informazioni: Centro studi di psicoterapia, tel. 010 562164, e-mail: lascuoladelcorpo@g.mail.com

Ghiandole accessorie della via seminale

Roma, 23 gennaio, Auditorium, Via del Serafico 1

Destinatari: specialisti e mmg

Relatori: V. Mirone, A. Lenzi, V. Gentile, M. Maggi, A. Isidori, F. Dondero, GM Colpi, A. Amici, V. Pansadoro, L. Miano, V. Ferdinandi, G. Spera, E. Jannini, S. Mazzilli, S. Pecoraro, C. Giammusso

Informazioni: Segreteria Scientifica Dott. Diego Pozza, Studio di Andrologia e di Chirurgia Andrologica, via B.Gozzoli 84B, 00142 Roma, tel. 06 5192858, e-mail: diego@tin.it

Segreteria Organizzativa: Medicon Italia srl., Piazza Mancini 4, 00196 Roma, tel.06 3233301, fax 06 3233304, email:info@mediconitalia.it

Ecm: richiesti per medici

Ipnosi clinica

Verona, gennaio-dicembre 2010/ gennaio-dicembre 2011, Hotel Palace, Via Galvani 9

Destinatari: medici, psicologi, psicoterapeuti e odontoiatri

Struttura: dieci seminari mensili per anno con cadenza un week end al mese

Inizio: 23 gennaio 2010

Informazioni: tel. 045 9786394, cell. 347 0398016, 338 4178566,
sito web: www.istitutoipnosibernheim.it, e-mail: istitutobernheim@gmail.com

Ecm: è in corso la procedura per l'accreditamento ecm del ministero della Salute

Inaugurata "Fase1" nell'ospedale Brotzu

Con 4 milioni di euro garantiti dalla Regione Sardegna nasce a Cagliari la prima struttura italiana di ricerca clinica e preclinica in ospedale interamente finanziata con fondi pubblici

di Anna Maria Greco

Nel nuovo centro specialistico all'ospedale G. Brotzu si potranno sperimentare fino a 3-4 farmaci ogni anno e sono 5 i prodotti di potenziale interesse in esame: un antibiotico, un antinfettivo, due molecole sviluppate dal CNR di Roma ed una dall'Università di Genova.

I volontari, reclutati con una campagna promozionale partita a metà settembre nell'isola, sono 78 ma dovranno triplicarsi. Sono tutti adulti e sani e avranno un gettone dai mille ai tremila euro. Sono tutti sardi, cioè appartenenti ad una popolazione che geneticamente è mol-

to interessante dal punto di vista medico. "Fase 1" è un fiore all'occhiello per l'Italia e in particolare per la Sardegna: sono previsti 12 posti letto con 6 postazioni attrezzate per il monitoraggio continuo di Ecg, pressione arteriosa, frequenza cardiaca e temperatura corporea. La struttura nasce in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, l'Agenzia italiana del Farmaco e il Centro Sardegna Ricerche e per inaugurarla sono volati a Cagliari il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità Enrico Garaci; il direttore generale dell'Aifa Guido Rasi e il presidente di Farmindustria Sergio Dompè.

"La possibilità di avvalersi dei servizi specialistici dell'azienda, ma anche del suo sistema informatico di avanguardia - ha spiegato Giampaolo Pilleri, Direttore di Fase 1 - garantisce precisione e qualità ma anche la sicurezza del paziente. Lavoreremo in stretta collaborazione con psicologi, radiologi, cardiologi, medici dei laboratori. D'altro canto Fase 1, eseguendo i primi delicati studi su nuovi farmaci all'interno del sistema avanzato dell'ospedale, potrà contribuire ad attrarre anche ben più ampie sperimentazioni di fase II e III che potranno svolgersi direttamente nelle unità specialistiche di cura del Brot-

zu". Ha aggiunto che ogni partecipante alla sperimentazione avrà diritto a un gettone di presenza simbolico che diventerà più cospicuo quando saranno firmati i protocolli di collaborazione con le case farmaceutiche. La selezione dei candidati - ha detto Pilleri - sarà seguita dal Comitato etico di Fase 1 nel rispetto della normativa vigente".

Il presidente di Farmindustria Sergio Dompè ha sottolineato che "è un progetto che, per la prima volta in Italia, si basa su eccellenze reali come il centro Sardegna Ricerche e l'Azienda ospedaliera Brotzu di Cagliari. Tutto questo è dovuto al fatto che la Sardegna ha avuto il coraggio di puntare senza tentennamenti su una specializzazione, come quella della ricerca e della sperimentazione in campo scientifico e farmaceutico". Il centro permetterà lo sviluppo di nuovi farmaci nella sede di Sardegna Ricerche, il parco scientifico e tecnologico Polaris di Pula e dal punto di vista clinico la loro sperimentazione sarà eseguita su volontari sani e pazienti oncologici. "In generale i brevetti in Italia - ha affermato Enrico Garaci - mancano di uno sviluppo e giacciono nei cassetti. Un reparto come Fase 1 ha anche lo scopo di attrarre i giovani ricercatori nell'area biomedica e rimettere nel circuito ricerche promettenti che mai avrebbero potuto essere sviluppate". •



Cral Enpam, 30 anni e non li dimostra

Il 18 dicembre il Cral dell'Enpam "Sergio Roserba" compie 30 anni. Tanto tempo è passato da quel lontano 1979: è stato un percorso ricco di eventi culturali (mostre e gite in luoghi di particolare pregio artistico), eventi sportivi (gare di pesca, tornei di bowling, calcetto e gare di go kart) e tanti viaggi all'estero, gli ultimi lo scorso mese nella caotica e affascinante Istanbul affiancata dalla fiabesca e irrealistica regione della Cappadocia e nella orientale Thailandia. Lo scopo del Cral di favorire e promuovere, nel tempo libero dagli impegni di lavoro, l'attività ricreativa e culturale dei soci organizzando momenti di aggregazione e socializzazione è stato pienamente raggiunto attraverso l'ampliamento e la diversificazione delle numerose iniziative con la prospettiva e la ferma intenzione di allargare sempre di più il novero degli iscritti.

Il Cral ha mantenuto il passo con i tempi e, grazie alle nuove tecnologie, le varie proposte vengono presentate agli iscritti tramite e-mail e inserite nella Intranet aziendale attraverso la quale i soci possono condividere i propri interessi e accedere in tempo reale alle informazioni ed a un numero infinito di servizi altrimenti inaccessibili.

Proprio il sito web del Cral dell'Enpam è l'ultima novità in ordine di tempo e sarà a breve completato con il suo trasferimento in ambiente di dominio pubblico, per consentire la visualizzazione direttamente da casa anche ai soci non presenti in ufficio.

Tanta strada è stata fatta ma tanta ne rimane ancora da percorrere, con la soddisfazione e la gioia delle mete raggiunte e con lo sguardo attento a nuovi obiettivi che potranno essere realizzati con l'impegno costante del Comitato Direttivo e la partecipazione attiva di tutti gli iscritti. Ci teniamo, infine, a ringraziare il presidente prof. Eolo Parodi che spesso mostra attenzione alla nostra attività. •



C.R.A.L. ENPAM

*Patrizia Napoleoni
Presidente Cral Enpam "S. Roserba"*

Al via il museo "Roberto Papi"

Grande suggestione e straordinaria meraviglia suscita il Museo "Roberto Papi" di storia della medicina e della strumentazione chirurgica, inaugurato a Salerno a metà del mese di settembre scorso.

I valori racchiusi nella nuova e stupenda struttura di Palazzo Galdieri, un vero e proprio scrigno di architettura posto nel cuore del centro storico cittadino, a via Trotula De Ruggiero, ginecologa della prestigiosa Scuola Medica Salernitana, sono tradizione, storia e cultura. Nel museo sono esposte alcune migliaia di strumenti databili tra i XVII e XX secolo, la cui ricerca, acquisizione e catalogazione sono state curate dai collezionisti romani Mario e Ferdinando Papi, rispettivamente padre e fratello di Roberto, prematuramente scomparso, cui, appunto, il Comune di Salerno, l'Ente Provinciale del Turismo, d'intesa con la Regione Campania, la Fondazione Scuola Medica Salernitana e l'Ordine dei Medici di Salerno, hanno intitolato il Museo. Gli oggetti esposti sono riconducibili a tutte le diverse branche della medicina: dalla chirurgia d'urgenza a quella militare, passando per l'ortopedia, la ginecologia e la pneumologia. "E' un luogo di forte impatto storico-culturale - ha dichiarato il sindaco di Salerno Vincenzo De Luca - all'interno del quale sono stati riprodotti fedelmente antichi studi medici, piccoli ospedali militari da campo di due scoli fa, e studi odontoiatrici.

All'interno del centro storico abbiamo dato vita ad un percorso storico di altissimo livello, ha aggiunto il Primo cittadino, riportando alla luce la Salerno dell'anno mille, luogo di sviluppo culturale di tutto l'Occidente."

La collezione esposta al museo Papi di assoluto ed indiscutibile interesse, è tra le più importanti per quantità e valore scientifico.

Molti esemplari fanno parte di intere collezioni del tutto originali, spesso rari, per lo più finemente lavorati in botteghe di coltellinai celebri.

Sono presenti, tra l'altro, teche integre per interventi oculistici, neurochirurgici e ortopedici. •

Dom. D. Port.

Catania

Due iniziative a favore dei bambini meno fortunati

La prima si chiama "Legatelo al dito!", e si propone di garantire il diritto al cibo, alla salute e all'istruzione di 10mila bambini di vari Paesi. E' promossa dal Forum-SAD, il Forum permanente per il Sostegno a Distanza, una Onlus che rappresenta 59 associazioni nazionali impegnate da anni nel Terzo Settore. La campagna, che mira a tenere viva l'attenzione del grande pubblico sui temi della solidarietà e della cooperazione internazionale, si concluderà a febbraio 2010, articolandosi attraverso varie forme di comunicazione ed eventi, nazionali e locali, nei quali si inviteranno gli italiani ad aderire a uno o più progetti di sostegno a distanza. Madrina della campagna è Raffaella Carrà, che ha girato uno spot televisivo e uno radiofonico, che saranno diffusi il prossimo autunno attraverso i media e i circuiti di metropolitane e stazioni ferroviarie. Per ulteriori informazioni: Campagna 10.000 adozioni tel. 06.69.921.981 e-mail: info@legateloaldito.org www.legateloaldito.org Si intitola invece "Disegna l'Africa", e vuole sostenere i bambini del continente africano con la creatività dei loro coetanei italiani, il concorso promosso dalla Fondazione Previassme ONLUS. La partecipazione, gratuita, è aperta a tutti i bambini fino ai 14 anni, suddivisi in tre categorie in base all'età. L'obiettivo è quello di sostenere i progetti dell'Amref (African Medical and Research Foundation), a cui verranno devoluti 10 euro per ogni partecipante al concorso. L'iniziativa, patrocinata dalla Fondazione Enpam e sostenuta attivamente dalla Federazione italiana dei medici di famiglia (Fimmg) e da Assomedico, intende sensibilizzare in particolar modo i medici e le loro famiglie sul tema della tutela della salute delle popolazioni più svantaggiate.



Genova

L'istanza di rimborso sulla tasa rifiuti

Come riportato su "Genova Medica", n.7-8/2009, pag.16, si ricorda ai colleghi che hanno pagato la TARSU per gli anni 2002 e 2003 che possono richiedere il rimborso di quanto indebitamente versato



(nella misura della differenza tra quanto pagato secondo le tariffe annullate e quanto sarebbe stato dovuto in base alle previgenti tariffe). Il diritto a chiedere il rimborso si prescrive in due anni.

I due fac-simile per la richiesta del rimborso sono scaricabili dal sito www.omceoge.org oppure ritirati presso l'Ordine. Le istanze di rimborso potranno essere spedite tramite raccomandata oppure consegnate a mano facendole protocollare a: Comune di Genova - Piazza Ortiz 8 - 16128 Genova. Qualora il Comune dovesse negare il diritto al rimborso, ovvero rimanere in silenzio per tre mesi, sarà possibile ricorrere alla Commissione tributaria.

Novara

Dal 1° Gennaio 2010 scontrino parlante criptato in farmacia

Dal 1 gennaio 2010 in ottemperanza alle indicazioni fornite dal Garante della privacy in data 29 aprile 2009 gli scontrini per l'acquisto di medicinali in farmacia (validi per la detrazione fiscale) dovranno osservare le indicazioni dell'Agenzia delle entrate emanate con la circolare n. 40/09. Fermo restando l'obbligo della natura, della quantità dell'acquisto e del codice fiscale del destinatario del medicinale, la qualità invece, ossia la denominazione del farmaco, dovrà essere espressa col codice Aic (numero di autorizzazione all'immissione in commercio) rilevabile mediante la lettura ottica del codice a barre.



Modena

Obbligo della certificazione per l'assunzione dei minori

Negli ultimi tempi numerosi medici di medicina generale avevano posto all'attenzione del nostro Ordine il problema della obbligatorietà del rilascio delle certificazioni ai minori prima dell'assunzione al lavoro.

Abbiamo per questo chiesto un parere al nostro legale Avv.to Giorgio Fregni il quale aveva analizzato sia la normativa nazionale sia quel-



la regionale in materia, palesemente in conflitto fra di loro.

Sussistendo ampi margini di dubbio sulla interpretazione di un conflitto normativo nella definizione della gerarchia delle fonti, l'Avv.to Fregni concludeva consigliando ai medici un atteggiamento "prudenziale" e quindi "orientato nel senso di continuare a rispettare l'obbligo di presentazione di certificati".

A sostegno della tesi dell'avvocato, e in risposta a un quesito specifico il Ministero del Lavoro ha chiarito definitivamente la vicenda con la lettera nella quale si ribadisce che i medici di medicina generale possono effettuare la visita in sostituzione delle ASL che non effettuano più questo tipo di servizio.

Il presidente

Rovigo

Lavoro straordinario del dirigente medico va pagato

La sentenza 17 giugno 2009 pronunciata dal Giudice del Lavoro del Tribunale di Firenze accogliendo il ricorso presentato da un dirigente medico chirurgo contro l'Azienda ospedaliero universitaria Careggi, ha condannato la datrice di lavoro al pagamento integrale delle ore di straordinario prestate dal dipendente anche in carenza di una preventiva autorizzazione scritta: *"Il monte di ore di straordinario non è stato oggetto di riposo compensativo, non è stato retribuito, non è stato recuperato all'atto delle dimissioni e comunque non è contestato dalla datrice di lavoro."*

Anzi, tale monte ore straordinario rappresenta per il lavoratore una sorta di patrimonio permanente che, fino alla cessazione del rapporto, è solo suscettibile di incrementi e diminuzioni.

Prova ne sia il fatto che quel monte ore venga aggiornato mensilmente dalla stessa Amministrazione proprio in funzione di quelle diminuzioni e/o incrementi e venga mensilmente specificato a mezzo dei prospetti mensili consegnati mensilmente al dipendente; pertanto tale documento ha il valore di autentico riconoscimento di debito.

Quanto alla preventiva autorizzazione, questa emergerebbe dal fatto che lo straordinario sia stato prestatato esclusivamente in ottemperanza di una turna-



zione oraria stabilita dal primario del reparto, e non per un mero e arbitrario motus del medico. I turni di servizio stabiliti dal superiore gerarchico, avendo carattere vincolante, costituirebbero orario di lavoro a tutti gli effetti".

Venezia

Casella di posta elettronica certificata

Si rammenta ai colleghi che la legge numero 2 del 2009 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 22 del 29 gennaio 2009 – supplemento ordinario numero 14 – prevede che al più tardi entro un anno dall'entrata in vigore della stessa, cioè il 28 gennaio 2010, tutti i professionisti iscritti in Albi ed Elenchi istituiti con la legge dello Stato si dotino di una casella di posta elettronica certificata e comunichino tale indirizzo email all'Ordine di appartenenza.

Si rammenta altresì che è allo studio da parte dell'Ordine dei medici di Venezia, di concerto con la Fnomceo, la possibilità di procedere ad un acquisto centralizzato di PEC per tutti gli iscritti.

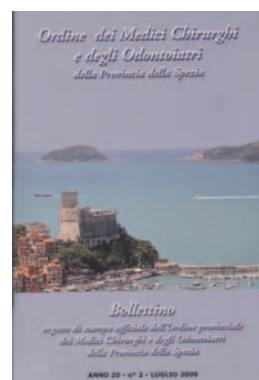
Antonio Lo Giudice



La Spezia

Novità nella terapia del dolore

Traguardo importante per i pazienti che soffrono di dolore cronico sia di natura oncologica che osteoarticolare. Un'ordinanza del ministero della Salute che ricolloca diversi oppiacei utilizzati nella terapia del dolore nella tabella II serie D e la conseguente possibilità di prescrivere attraverso l'utilizzo della ricetta ordinaria (SSN) da rinnovarsi di volta in volta. Cadendo quindi l'obbligo della prescrizione su ricettario speciale, l'accesso alla terapia con analgesici oppiacei viene facilitato e si attribuisce a questa categoria di farmaci un ruolo di estrema importanza nella gestione del dolore cronico intenso.



Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

Dizionario illustrato di micotossicologia



I vocaboli riguardanti la tossicologia micologica appartengono alla terminologia medica, ma risultano spesso incomprensibili ai micologi ed anche ai clinici, perché le patologie fungine non compaiono nei normali corsi universitari di medicina. Per questi motivi l'elegante "Dizionario Illustrato di Micotossicologia" di Riccardo Mazza sarà di grande utilità a medici e micologi. I diversi sintomi di avvelenamento sono descritti alfabeticamente

in un'apposita parte del volume che rimanda al capitolo contenente la descrizione delle sindromi in cui essi rientrano unitamente alle indicazioni di terapia per i casi di maggiore importanza. Questa pratica impostazione permetterà al medico di ipotizzare rapidamente le sindromi di riferimento nei casi di avvelenamento da ingestioni nocive.

Riccardo Mazza
"Dizionario illustrato di micotossicologia"
 Romar, Segrate (MI) - pp. 200

Salute e sostenibilità



Lo sviluppo tecnologico, l'inquinamento ambientale, la crescita demografica, l'allungamento della vita, l'iperspecializzazione medica, l'ipermmedicalizzazione e la conseguente insostenibilità degli attuali sistemi assistenziali sono causa di seri problemi sociali e sanitari.

In questo volume Mariano Dimonte raccoglie gli interventi presentati al Convegno Nazionale - Corso Ecm per medici - su "Tecnologia, Progresso, Nuovi schemi per la salute" tenutosi a

Tricase, Lecce, il 29 gennaio 2005. Essi forniscono un'ampia panoramica degli aspetti medici, comportamentali, economici, politici e ambientali riguardanti, ormai su scala mondiale, la salute dell'uomo e danno conto delle improcrastinabili scelte di cui il settore medico deve farsi carico per favorire progetti di accettabilità e non di utopica ottimalità, con i quali assicurare non tutto a tutti acriticamente, ma a ciascuno ciò di cui ha veramente bisogno.

Mariano Dimonte
"Salute e sostenibilità"
 Levante editori, Bari - pp. 237, euro 15,00

Geroglifici fai da te

L'amore per l'Egitto dei faraoni, la curiosità e poi la passione per la loro lingua e la loro artistica e misteriosa scrittura, il fascino della loro cultura e della loro storia sono i motivi che hanno spinto Vitaliano Staibano ad interessarsi allo studio dei geroglifici.

Il volume, dall'elegante veste tipografica e dalle belle e numerose immagini a colori, ha la caratteristica di trasmettere al lettore lo stesso entusiasmo che l'autore ha vissuto nella scoperta di questo mondo lontano ed arcano. Interessanti sono le informazioni che l'autore fornisce sulla civiltà egizia e le notizie sulla nascita, lo sviluppo, la durata, lo splendore e poi la decadenza, il disuso e l'oblio di questa scrittura e, infine, dopo tanti secoli di dimenticanza, come sia stato possibile tornare a decifrarla.



Vitaliano Staibano
"Geroglifici fai da te"
 Pubblicato in proprio - www.ilmiolibro.it

Il progetto terapeutico per la persona con malattia di Alzheimer

Per il morbo di Alzheimer, dalle forti implicazioni sociali, sanitarie, umane e culturali, Antonella Notarelli propone un progetto terapeutico individuale alla portata di tutti gli operatori, tendente a sfruttare le potenzialità rimaste all'ammalato e ad infondere fiducia ai suoi familiari. L'autrice punta sull'importanza di affiancare alle necessarie risorse tecnologiche anche quelle umane che si sono dimostrate altrettanto efficaci, come sa chi ha fiducia nel lavoro di gruppo. Alla realizzazione del progetto è chiamata tutta l'équipe dedicata alla cura del malato: il medico di base, lo specialista, gli infermieri, l'assistente sociale, gli animatori e il familiare fornitore di assistenza, "caregiver", i quali avranno tanti maggiori successi, soprattutto nelle prime fasi della malattia, quanto più riusciranno ad interpretare i bisogni del malato.



Antonella Notarelli
"Il progetto terapeutico per la persona con malattia di Alzheimer"
 Mef, Firenze - pp. 158, euro 15,90

... due parole ai medici scrittori

Molti medici ci telefonano, ci scrivono, inviano fax, usano il sito del giornale per invitarci a recensire i loro libri. Si tratta di opere spesso relative a studi sulla medicina ma, con sempre maggiore frequenza, di libri di fantasia. I medici scrittori sono centinaia, la maggioranza si appoggia a case editrici, ma numerosi sono quelli che pubblicano "belle storie" a loro spese. Il frutto di scienza e fantasia viene impilato sulle nostre scrivanie. Di volta in volta, stando alla data d'arrivo, pubblichiamo orgogliosamente le recensioni. Ma per esaurire l'elenco non sarebbe sufficiente lo spazio completo di cinque numeri della nostra rivista. Assicuriamo i colleghi che continueremo a rendere pubbliche le loro fatiche letterarie; nello stesso tempo li invitiamo, con affetto e stima, ad avere pazienza. Alle recensioni stiamo dedicando un sempre maggior numero di pagine. La comprensione sarà un graditissimo regalo di Natale per tutti noi. **G. Cris.**



Tutti i cibi dalla "A" alla "Z"

La nuova edizione di questa completa guida alimentare compilata e ampliata da Renzo Pellati sulla base dei dati elaborati dall'Inram (Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione) analizza tutti i cibi e le bevande oggi disponibili sul mercato. Illustra anche i regimi salutari e le diete dimagranti, dando informazioni sui fitoste-

roli, i fitoestrogeni, l'indice glicemico, i probiotici, le micro-onde, i radicali liberi, i cibi irradiati, la nutrigenomica, gli omega-3 e gli omega-6.

Di ogni cibo o bevanda fornisce la composizione chimica e l'apporto calorico, il contenuto di proteine, grassi, carboidrati, vitamine, minerali, colesterolo e fibre, dando così al lettore la possibilità di scegliere gli alimenti più adatti alle proprie esigenze.

Renzo Pellati

"Tutti i cibi dalla A alla Z"

Oscar Mondadori, Milano - pp. 690, euro 14,00

3° bollettino del polline dal 2001 al 2006

L'allergologo Giuseppe Vargiu ha riunito in questo suo terzo bollettino gli oltre cento articoli che, dal 2001 al 2006, ha pubblicato sulla Nuova Sardegna per parlare delle caratteristiche delle piante e dei sintomi allergici che possono causare nelle diverse stagioni.

Oltre a queste informazioni di carattere sanitario, gli scritti forniscono una ricca messe di notizie di carattere storico, geografico, etimologico, antropologico, culinario e aneddotico che rendono la lettura di ciascun pezzo sempre interessante e dimostrano, oltre alla passione per la sua professione, l'ampia cultura dell'autore. È auspicabile però che un prossimo bollettino comprenda indici alfabetici e analitici per una pratica consultazione delle tante informazioni che ha saputo raccogliere.

Giuseppe Vargiu

"3° bollettino del polline dal 2001 al 2006"

Pubblicazione in omaggio ai richiedenti

Via Alagon, 16 - 07100 Sassari



In breve

Fabrizio Menchini Fabris

LA STORIA DELL'ANDROLOGIA ITALIANA: COME L'HO VISSUTA

L'andrologia cura l'infertilità maschile, il deficit erettivo e molte malattie del sistema genito-urinario anche connesse all'inquinamento e a comportamenti errati. Il suo fondatore traccia l'evoluzione di questa disciplina ricca di prospettive anche nel campo della prevenzione e ricorda i numerosi personaggi che con lui hanno partecipato a questa avventura.

Edizioni Ets, Pisa - pp. 139, euro 15,00

Antonio Di Gregorio

SULLA CROCE A SINISTRA

Il figlio di un pastore assassinato da predoni, viene educato ad Alessandria d'Egitto. Dopo aver girato il mondo antico come erudito, si ritrova sulla croce per aver vendicato il padre. Da quella posizione assiste alla crocefissione del Nazareno e, ricordando il proprio passato, medita sulla sua ansia di conoscenza e sui propri dubbi, che sono quelli che affliggono l'uomo moderno.

Novamedia Editore, Borgomanero (NO) - pp. 106

Bernardo Baratti

SENZA FRANCOBOLLO

Sette corrispondenze impossibili, che non si possono far rientrare nel tipico racconto epistolare. Vi è infatti in questi carteggi fantasiosi una visione dell'uomo, della storia, della scienza e degli affetti molto originale, con spunti di amara ironia, ma a volte anche di comicità, che ne rende difficile la classificazione.

Piero Manni s.r.l., S. Cesareo di Lecce - pp. 213, euro 17,00

Églio Masèti (Elio Masetti)

UL VANGÈLI DA SAN MARCU

Questo vangelo tradotto in dialetto legnanese è, oltre che un'opera letteraria, un'operazione filologica di notevole livello, un impegno di conservazione e divulgazione di quel dialetto, nonché la traduzione fedele del testo biblico approvato dalla C.E.I. come attesta l'Imprimatur dell'Arcidiocesi di Milano.

Pubblicato in proprio

Pass. IV Novembre, 5 - 24020 Ranica, (BG)

Maria Pia Selvaggio

L'ARCISTREA BELLEZZA ORSINI

Ambienti foschi, neri personaggi, stormi di uccelli neri, lupi neri e ululanti, neri recipienti per filtri e pozioni, antri bui, scene notturne, boschi tenebroso, poteri misteriosi delle acque, degli abissi e delle tenebre, incontri osceni e poi il processo, la tortura, il rogo nella vita della strega più famosa del beneventano. La narrazione, alternata ad un dialetto dagli accenti medievali, accresce l'ambientazione della storia.

Spring Edizioni, Caserta - pp. 181, euro 15,00

Lettere a Prati

Non è Prati a scrivere le lettere a se stesso, come potrebbe apparire dal titolo, ma è lui a rispondere ai quesiti più significativi dei lettori "laici" della sua pregevole rivista "Cuore e Salute". Purtroppo l'eminento Cardiologo è venuto a mancare proprio in questi giorni, e non ha potuto compiacersi della pubblicazione di questo prezioso libro ricco di notizie, consigli e informazioni, di "messe a punto" di argomenti anche controversi o tuttora sub iudice: perché più ci si sofferma su determinate tematiche, sempre più se ne apprezzano i pregi. In primo luogo, la chiarezza e l'impeccabilità dei concetti e del linguaggio, essenziali per una comunicazione medico-paziente corretta ed efficace, non sempre reperibili nella letteratura corrente; in secondo luogo, la precisione e la completezza delle risposte ai vari quesiti, arricchite da suggerimenti e consigli di facile fruizione. Ma c'è un terzo pregio che emerge da ogni pagina: la semplicità con la quale Prati si rivolge al lettore; mai con atteggiamento del "maestro", anzi, quasi a chiedere sommessamente scusa di insegnargli qualcosa. Un raro binomio - Scienza e Umiltà - che lo ha costantemente caratterizzato quand'era in vita. Un libro "da non mancare", che insegna ancora molte cose anche a noi medici. (L. S.)



Pier Luigi Prati
"Lettere a Prati"

pp. 250, offerta libera a Centro Lotta Infarto,
via B. Buozzi 60, 00197 Roma

La zampogna di Esiodo

Il libro nasce da diversi anni di sperimentazione sulle canne sonore condotti da Piero Bottali, musicologo e polistrumentista. Due gli intenti: il primo dimostrare come sia possibile costruire uno strumento relativamente complesso, come una zampogna con ance semplici, utilizzando un materiale comunissimo e "povero" come le canne e servendosi di pochi elementari attrezzi; il secondo ricreare un timbro arcaico e dimenticato, quello appunto della rustica zampogna di canna, assai suggestivo in virtù della sua estrema antichità. Nonostante le sue origini antiche l'ancia semplice gode ancor oggi di ottima salute, tanto che la troviamo nei saxofoni e nei clarinetti e, naturalmente, nelle cornamuse. La zampogna di canna con la sua estensione di quasi un'ottava diatonica permette di eseguire praticamente tutte le melodie legate al mondo rurale suonate in occasione di feste legate alla terra, ai suoi frutti, alle sue tradizioni e ai suoi ritmi.

Piero Bottali
"La zampogna di Esiodo"

Edizioni La Grotteria, Roma - pp. 86, euro 15,00



Testo-Atlante di Microbiologia diagnostica

Questo "testo-atlante" di Microbiologia diagnostica, mirabilmente tradotto dall'ultima edizione del celebre Trattato, riporta in modo dettagliato ed esauriente quanto è oggi doveroso conoscere di batteriologia medica sia in senso bio-morfologico che nei suoi riflessi diagnostici e clinici (sino ai microrganismi di più recente scoperta), affrontando puntualmente gli aspetti delle pratiche quotidiane di laboratorio di patologia clinica, dalla raccolta e dal processamento del materiale all'analisi, all'identificazione dei singoli microrganismi e alla refertazione dei reperti. Da segnalare inoltre per la loro attualità e chiarezza gli aggiornatissimi capitoli relativi alla microbiologia molecolare, alla parassitologia, alla micologia, alla tecnica e interpretazione dei test di sensibilità agli agenti antifettivi. L'elegante opera è completata da circa centocinquanta pagine di tavole a colori che raffigurano con insolita fedeltà i caratteri microscopici e colturali dei singoli microrganismi, per ciascuno dei quali vengono indicati con esemplare chiarezza e fedeltà i dettagli morfologici, i metodi di colorazione e di coltura nonché i criteri strutturali e differenziali. Un'opera essenziale specie per il patologo clinico e l'infettivologo, ma indispensabile in ogni biblioteca e laboratorio. (L. S.)



Koneman Elmer W.

"Testo-Atlante di Microbiologia diagnostica"

Delfino Editore, Roma - pp. 1780 (due volumi), euro 150,00

S.O.S single. Manuale di sopravvivenza

Nella vita a volte arriva una mareggiata. Ci si trova in balia di forze più grandi di noi, di situazioni o sentimenti che ci travolgono, di ondate violente e incontrollabili che spazzano tutto e mandano in frantumi legami e matrimoni in apparenza solidi e incrollabili. Poi la mareggiata finisce e ci si ritrova sulla riva, tra i rottami e lo sconquasso. E allora, da soli, bisogna darsi da fare, mettere insieme i vari pezzi, buttare il superfluo e l'irrecuperabile, costruire cose nuove, più semplici e più solide. Questo manuale semiserio, in cui il pathos e la poesia sono sempre volutamente uniti e contrapposti all'ironia e alla comicità, ci dice come fare. La storia di un uomo di mezza età abbandonato dalla moglie, ironico, impietoso e apparentemente cinico, che offre ai suoi "colleghi" - l'universo dei single - delle ricette di sopravvivenza spesso al limite del paradossale. Un libro in bilico tra umorismo e malinconia, utile per imparare a vivere più leggeri.



Giorgio Gazzolo

"S.O.S Single. Manuale di sopravvivenza"

Piccin Nuova Libreria, Padova - pp. 174, euro 9,80

Demoni e santità

Il libro di Eraldo Camarri non è solo un'indagine sulle relazioni tra la malattia e la sua rappresentazione artistica: è anche uno scavo in alcuni momenti significativi della storia culturale europea, con speciale attenzione all'età moderna e contemporanea. Si va dalla caccia alle streghe nell'Europa del XV e XVI secolo, con la sua coda velenosa di torture e condanne al rogo, al fenomeno del Tarantolismo in un Salento ai confini fra tradizione e modernità; dall'episodio delle "vergini di Salem" a quello delle streghe di Triora; dalle guarigioni miracolose dei re "taumaturghi" francesi, capaci di sanare la scrofola con la sola imposizione delle mani, ai riti del Voodoo haitiano e del Candomblé brasiliano, con il loro peculiare meticciamiento di tradizioni "indigene" e influenze cristiane.

Un libro intelligente, coltissimo, narrativamente intrigante; una lezione di metodo, una dimostrazione felice di come saperi e interessi diversi si possano utilmente contaminare e reciprocamente sostenere e arricchire. Una storia senza trionfalismi, con più vinti, forse, che vincitori, senza inni sciolti alle "magnifiche sorti e progressive", un libro che parla della vita degli uomini con la pietas di un medico che è uomo di scienza ma anzitutto, semplicemente, uomo. (Dalla presentazione di Mario Lentano)



Eraldo Camarri

"Demoni e santità. Storia arte e leggenda"

Mef-Firenze Atheneum, Firenze – pp. 208, euro 19,40

Il posto dell'amore negato

Il testo descrive una indagine sulle caratteristiche sessuali, relazionali e psicopatologiche, condotta su un gruppo di soggetti relegati in carcere e comunità terapeutico/riabilitative. Vengono affrontate le tematiche riguardanti i background che generano la devianza, le patologie che possono condurre al crimine e quelle che traggono origine dall'istituzionalizzazione. Il volume espone le difficoltà operative e le forti resistenze, intellettuali e istituzionali incontrate nello svolgere un'inchiesta come questa che viene effettuata, forse per la prima volta in Italia, con uno strumento standardizzato, quindi inconfutabile, su un argomento delicato e per troppo tempo volutamente dimenticato: il pianeta sesso dei reclusi. In questi soggetti si acuisce il bisogno di un'affettività e di una relazionalità che, non potendo trovare altre vie di sfogo, si esprime attraverso gli eccessi delle perversioni sessuali e le degenerazioni prodotte dalla psicopatologia.

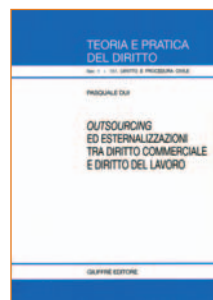
Leonardo Boccadoro, Sabina Carulli

"Il posto dell'amore negato"

Edizioni Tecnoprint, Ancona – pp. 248, euro 20,00



Outsourcing ed esternalizzazioni tra diritto commerciale e diritto del lavoro



L'opera è strutturata in modo tale da offrire un'analisi completa del fenomeno delle esternalizzazioni e, specificamente, dell'outsourcing, nei suoi profili civilistici, di diritto commerciale e giuslavoristici. L'esame dei suddetti profili muove dalla cessione di ramo d'azienda e, più in generale, dal trasferimento d'azienda e delle operazioni societarie ad esso riconducibili. Gli effetti del trasferimento d'azienda sul rapporto di lavoro vengono esaminati nelle specifiche disposizioni sul mantenimento dei diritti dei lavoratori, sulle procedure sindacali di informazione e consultazione, nonché sui divieti di licenziamento. Completa il volume una serie di testi contrattuali, di accordi e di comunicazioni alle organizzazioni sindacali e agli enti pubblici interessati, riguardanti il contratto di cessione di ramo d'azienda, le procedure di licenziamento collettivo, il contratto di outsourcing.

Pasquale Dui

"Outsourcing ed esternalizzazioni tra diritto commerciale e diritto del lavoro"

Giuffrè editore, Milano – pp. 332, euro 36,00

La Santa Fabbrica del Vittoriale nel carteggio inedito d'Annunzio-Maroni

L'ultimo tratto della parabola esistenziale di Gabriele d'Annunzio, contrassegnata dalla progressiva claustrazione nel Vittoriale, ebbe come testimone Gian Carlo Maroni, che di quella sontuosa dimora fu, per così dire, geniale coautore insieme col Poeta e, dopo la morte di questo, custode fedele. Dal fitto carteggio intercorso tra i due, qui collazionato e commentato da Franco Di Tizio, emerge non solo lo speciale legame affettivo di Maroni col "Comandante", quella devozione sincera che porterà lo stesso d'Annunzio a riconoscere nel "caro caro Gian Carlo" il proprio vero e unico "fratello", ma anche gli atteggiamenti del Poeta nei confronti del regime fascista e del suo "Capo": dalla rivendicazione dei propri meriti di precursore alla fervida adesione all'impresa etiopica, dal disdegno per gli orpelli accademici alle perplessità sull'alleanza con la Germania hitleriana.

Franco di Tizio

"La Santa Fabbrica del Vittoriale nel carteggio inedito d'Annunzio-Maroni"

Ianieri editore, Pescara – pp. 720, euro 48,00



Kyoto e Nara, le antiche capitali imperiali



Le due città, che custodiscono tesori inestimabili e tradizioni mai decadute, sembrano non essere state scalfite dal trascorrere del tempo. I templi e le vie tradizionali con la loro atmosfera serena corrispondono proprio all'immagine di quel Giappone che abbiamo sempre sognato

testo e foto
di Mauro Subrizi

KYOTO

Kyoto è stata la capitale del Giappone per più di mille anni, e in quel periodo ha dato luogo alle massime espressioni dell'arte, della cultura, della religione e delle idee. Fondata nel 794 con il nome di Heian-Kyo (città della pace e della tranquillità), è stata costruita sul modello della cinese Chang-an del periodo Tang.

La cultura di Kyoto fu fin dall'inizio il risultato di varie influenze. Il ruolo più importante lo svolsero la corte imperiale e la nobiltà. Più tardi furono i samurai, il buddhismo zen e l'introduzione della cerimonia del tè a incidere sulle abitudini culturali degli abitanti di Kyoto, e infine i mercanti. La città fu ridotta in macerie a più riprese a causa dei terremoti, degli incendi e dei dieci anni di conflitto civile conosciuto come Guerra Onin (1467 – 1477). Nel

corso del periodo Edo (1600 – 1868) il baricentro del potere si spostò da Kyoto a Edo (Tokyo), e Kyoto perse il suo status di capitale nel 1868.

Kyoto ha una pianta a scacchiera e quindi è molto facile orientarsi. La stazione ferroviaria principale, la Kyoto Station si trova nella parte meridionale della città. In treno superveloce arriverete da Tokyo a Kyoto in 2 ore e 40 minuti.

Il centro si sviluppa attorno a Shijo-dori, la strada più

importante della città, che si trova un paio di chilometri a nord della stazione. Il centro della vita commerciale e notturna si trova fra Shijo-dori a sud e Sanjo-dori a nord, e fra Kawaramachi-dori a est e Karasuma-dori a ovest. Alcune delle principali attrattive di Kyoto sono situate in centro. Ma quasi tutti i luoghi di maggior interesse sono concentrati nei quartieri periferici, lungo le pendici dei monti orientali e occidentali.

Kyoto Station. La stazione di Kyoto è una straordinaria struttura in acciaio e vetro, un'avveniristica cattedrale consacrata all'era dei trasporti. Inaugurata nel settembre del 1977, l'opera ha suscitato pareri contrastanti: alcuni critici l'hanno giudicata non in armonia con l'architettura tradizionale di Kyoto. L'immensa cupola che sormonta l'atrio principale è senza dubbio di grande impatto visivo.



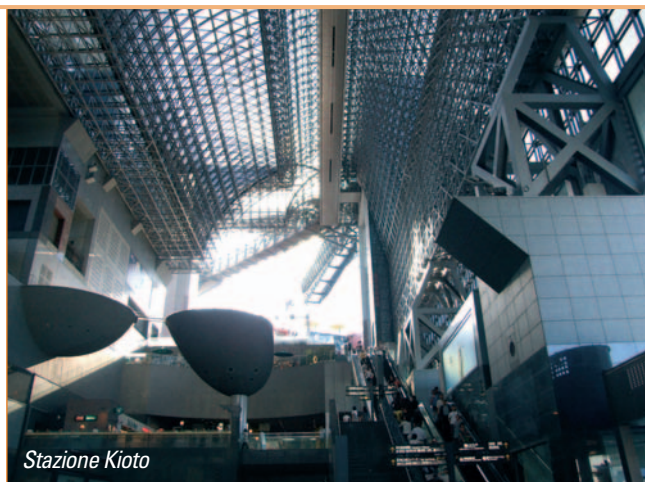
Cervi nel parco di Nara

Vicolo Pontocho. Questo vicolo è delizioso soprattutto dopo il crepuscolo, quando ricorda un stampa antica. Un tempo soltanto una striscia di sabbia, la zona comincia ad essere valorizzata nel 1670, quando diventò, e lo è ancora oggi, il quartiere dei divertimenti. Sebbene si sia abusato di neon e cemento, nella via sono situate numerose sale da tè tradizionali, dove le geisha intrattengono i clienti.

Quartiere Gion. È il quartiere di geisha più famoso di Kyoto, e per il giapponese medio è il simbolo dei piaceri della vita. La storia di Gion comincia in epoca feudale, con i locali per soddisfare i bisogni di pellegrini e visitatori, in seguito trasformati in sala da tè. Alla fine del XVI secolo, il Kabuki si trasferì qui dalla riva del fiume Kamo dove era nato, approdando nei numerosi teatri a est del fiume e contribuendo alla fama di Gion come paradiso per i giovani di mondo.

Kinkaku-ji: il Padiglione d'oro. Scintillante lascito del Giappone medievale fu fatto costruire dal terzo shogun Ashikaga Yoshimitsu. In origine il tempio era la sua villa privata. Camminando lungo un viale alberato, si arriva ad un giardino, al di là del quale si trova il favoloso padiglione; l'elegante struttura a tre ordini è totalmente rivestita con foglie d'oro, con in cima una fenice di bronzo.

Castello Nijo. Il castello è una delle poche fortificazioni del Giappone. È famoso soprattutto per i suoi



Stazione Kioto



Nara Tempio Todai-ji

interni decorati e per i caratteristici “pavimenti dell'usignolo”, ideati per produrre, nel momento in cui vengono calpestati, un suono simile al canto di un uccello. Il complesso è il simbolo del potere e della ricchezza dello shogunato di Edo.

Santuario Fushimi. Il più celebre tra le migliaia di santuari dedicati a Inari, la divinità del riso e del sakè. Il viale, molto fotografato, è formato da centinaia di porte ed è stato finanziato dagli uomini d'affari che qui si recano a pregare per la prosperità.

NARA

Nara, situata a 42 Km a sud di Kyoto, è la prima autentica capitale del Giappone anche se lo fu per appena 75 anni. Fu deciso il trasferimento della corte in un'altra sede (Kyoto), per preservarla dal potere sempre più influente, in quel periodo, del clero di Nara.

Le attrazioni di maggior interesse sono concentrate intorno alla stazione. Nel **Parco di Nara**, meglio conosciuto come il “Parco dei cervi”, potrete vedere gli eleganti animali addomesticati giocare in completa libertà. A occidente si trova il tempio **Kofuku-ji** costruito nel 710, dove si trovano due pagode: una a tre piani ed una a cinque risolenti rispettivamente al 1143 e al 1146. Il monumento antico più famoso della città è il tempio **Todai-ji** che, con la sua vasta sala e la gigantesca statua del Buddha, costituisce la principale attrattiva di Nara. Lungo il tragitto verso il tempio oltrepasserete un imponente portale con due **guardiani Niō** dall'espressione agguerrita. Realizzate nel XIII secolo, queste statue lignee sono state recentemente restaurate e sono tra le più belle del Giappone.

Un altro luogo frequentato molto dai turisti è il grande santuario **Kasuga**, eretto nel 768, uno dei santuari scintoisti più famosi. Gli edifici dipinti di rosso vermiglio creano un contrasto sorprendente con la vegetazione circostante. Milleottocento lanterne di pietra sono disposte lungo il muro di cinta del santuario. •

Un...candido Natale

di Diana Geraldini

I bianco, si sa, è il colore dell'inverno. Bianca è la neve, bianco è il Natale (come cantava Bing Crosby in "White Christmas"), candidi gli animi di chi ritiene di santificare le feste di fine anno. Ma, lasciando da parte i risvolti mistici, il bianco è anche il colore che, nelle

corte e imbronciate giornate invernali, che inducono a restare più tempo a casa, riesce a illuminare quasi con un tocco di magia l'ambiente domestico. Questa volta vi proponiamo, dunque, di creare nel vostro appartamento un angolo tutto candore. Che cosa offre di bianco la natura in questo periodo? Un numero adeguato di piante che si possono trovare nei garden center più attrezzati considerando che oggi le tecniche colturali consentono di creare varietà precoci. Ecco dunque un elenco di alcune piante che si vestono di bianco. Iniziamo con l'immane "Euphorbia pulcherrima", o stella di Natale che, oltre al rosso classico, esiste anche in bianco. Si possono trovare piante nane che, riunite in un cesto, creano un effetto molto suggestivo. Poi troviamo il ciclamino bianco il quale ha bisogno di terra grassa che va tenuta sempre umida. Proseguiamo con l'azalea, se ne trovano in miniatura ma anche alte una quarantina di centimetri; per una buona riuscita bisogna innaffiarla con acqua decalcificata, altrimenti deperisce in pochi giorni e muore. Un'altra pianta candida è la margherita con corone di petali folte provenienti dall'Olanda. Ci sono infine le piccole ortensie precoci e i crisantemi. In casa, per Natale, non può mancare un ramo di vischio con le sue palline opalescenti che, appeso sopra una porta, vi indurrà a baciarvi sotto di esso, come da tradizione, per un buon augurio. Restando sul bianco, ricordiamo la rosa di Natale che non è una vera e propria rosa, ma i suoi fiori non hanno nulla da invidiare alle roselline selvatiche. Parliamo poi dell'"Helleborus niger". È una pianta perenne sempre verde, dal fogliame robusto ed elegante, che fiorisce a partire da dicembre. I fiori, del diametro di due o tre centimetri, hanno i petali bianchi e l'interno dorato. Cresce bene all'ombra, è insensibile al freddo più intenso ed è eccellente per la produzione di fiori da recidere: durano a lungo e sono ideali per abbellire la casa nel periodo delle feste di fine anno. Per concludere il tema del bianco ecco un suggerimento per ad-

dobbare l'albero di Natale: fatelo rigorosamente bianco e argento. Se poi siete dei tradizionalisti l'albero potrà essere rosso e oro, le stelle di Natale rosse, così i ciclamini e le azalee. Potrete aggiungere, al posto del vischio, un ramo di agrifoglio che, con le sue foglie di un bel verde lucido, è molto ornamentale. La tradizione vuole che fin dall'antichità sia ritenuta una pianta augurale; per gli antichi romani era capace di tenere lontani i malefici, convincimento che, attraverso i secoli, è giunto sino ai nostri giorni. Il parente povero dell'agrifoglio è il pungitopo, meno elegante nelle foglie ma, per quanto riguarda le bacche rosse corallo, non ha nulla da invidiargli. Il suo nome deriva dal fatto che un tempo i contadini lo adoperavano per difendere le scorte di cibo dall'assalto dei topi grazie alle sue foglie che terminano con un pericoloso aculeo. Si tratta di una specie protetta e quindi, se ci si imbatte in campagna, non può essere raccolta; ci sono però i vivaisti che la coltivano regolarmente per metterla in vendita nel periodo natalizio. •



**La stella di Natale esiste anche in bianco.
Le piante nane riunite in un cesto,
creano un effetto suggestivo**

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

INGANNI AD ARTE. MERAVIGLIE DEL TROMPE-L'OEIL DALL'ANTICHITÀ AL CONTEMPORANEO

FIRENZE – fino al 24 gennaio 2010
Attraverso oltre cento opere la mostra ripercorre la storia del trompe-l'oeil ossia dell'arte di rappresentare come vero ciò che vero non è.

Palazzo Strozzi
telefono: 055 2645155
www.fondazionepalazzostrozzi.it

TELEMACO SIGNORINI E LA PITTURA IN EUROPA

PADOVA – fino al 31 gennaio 2010
Oltre cento opere raccontano i rapporti del pittore macchiaiolo con la pittura europea, gli incontri con Degas e Manet, i viaggi in Francia ed Inghilterra.

Palazzo Zabarella
telefono: 049 8753100

IL CIELO STELLATO SOPRA DI NOI

GENOVA

fino al 29 gennaio 2010
Viaggio attraverso antichi libri di astronomia, alla scoperta dell'universo dall'antichità all'Illuminismo.

Biblioteca Civica Berio
telefono: 010 5576050

PITTURA TOSCANA. COLLEZIONI A CONFRONTO

PIACENZA

fino al 2 maggio 2010
Quaranta opere eccezionali firmate dai principali protagonisti del movimento macchiaiolo e postmacchiaiolo a cui in anni recenti sono state dedicate importanti mostre monografiche.

*Galleria d'arte moderna
Ricci Oddi*
telefono: 052332072
0523-320742 - www.riccioddidi.it

GLI ANNI '80. IL TRIONFO DELLA PITTURA. DA SCHIFANO A BASQUIAT

MONZA

– fino al 14 febbraio 2010
La mostra illustra per la prima volta le vicende artistiche che hanno caratterizzato gli anni Ottanta attraverso i movimenti e gli artisti che ne sono stati protagonisti.

Serrone della Villa Reale e Arengario
telefono: 02 45353522

MICHELANGELO ARCHITETTO A ROMA

ROMA

– fino al 7 febbraio 2010
Oltre cento opere, tra cui 30 disegni e un inedito per la realizzazione del tamburo della Cupola di San Pietro. In primo piano la statua di Giove che Michelangelo aveva scelto per adornare Palazzo Senatorio in Campidoglio, ritrovata nei depositi a Palazzo Braschi.

*Musei Capitolini
Palazzo Caffarelli,
piazza del Campidoglio*
telefono: 060608



Henri Cadiou, "Lo strappo", 1981, dipinto su tela

DA REMBRANDT A GAUGUIN A PICASSO

RIMINI

– fino al 14 marzo 2010
Occasione imperdibile per ammirare capolavori provenienti dal Museum of Fine Arts di Boston di pittori come Rembrandt, Velasquez, Van Dyck, Tiepolo, Manet, Gauguin, Cézanne, Van Gogh, Monet, Picasso e Matisse.

Castel Sismondo
telefono: 0422 429999
www.lineadombra.it

BOLDINI E GLI ITALIANI A PARIGI.

TRA REALTÀ E IMPRESSIONE

ROMA

– fino al 14 marzo 2010
Grande mostra dedicata a Boldini e agli artisti italiani che nella seconda metà del secolo XIX soggiornarono a Parigi.

Dart - Chiostro del Bramante
telefono: 06 68809035
www.chiostrodelbramante.it

CHAGALL E IL MEDITERRANEO

PISA

– fino al 17 gennaio 2010
In esposizione centocinquanta opere selezionate dalle storiche edizioni Tériade e provenienti dalle più importanti istituzioni pubbliche francesi, come il Musée National Marc Chagall di Nizza, il Centre Pompidou di Parigi, il Musée Matisse di Le Cateau Cambrésis e da collezioni private.

Palazzo Blu
telefono: 050 500197

EDWARD HOPPER MILANO

– fino al 24 gennaio 2010
Grande mostra antologica, senza precedenti in Italia, dedicata all'intera carriera del più popolare e noto artista americano del XX secolo.

Palazzo Reale
telefono: 0445 230304
www.arthemisia.it

Alle sorgenti dell'inconscio, Dada e Surrealismo riscoperti

Fino al 7 febbraio 2010, nelle sale del Vittoriano, la mostra che raccoglie oltre cinquecento opere dei due movimenti di avanguardia. Accanto ai grandi maestri, il percorso artistico curato da Arturo Schwarz, ci presenta una moltitudine di autori meno noti che permetteranno una maggiore comprensione delle due correnti che hanno caratterizzato la prima metà del novecento ma la cui influenza si spinge fino ai giorni nostri

di Riccardo Cenci

Evoca immagini sepolte nel fondo della coscienza il Surrealismo, memorie addormentate che sembrano risvegliarsi d'improvviso, oggetti abbandonati i quali emergono dall'oscurità del passato come dalle profondità insondabili del mare. Quando il giovane André Breton, diviso

fra la professione di medico intrapresa con scarsa convinzione e la vocazione letteraria, scopre Freud, allora quasi sconosciuto in Francia, non può immaginare le conseguenze enormi di questo incontro.

Le teorie dello psicanalista viennese forniscono la base per tradurre le manifestazioni dell'inconscio in forme ed immagini concrete, schiu-

dono le porte di un mondo dapprima ignoto, prefigurato certo da alcuni precursori particolarmente audaci, quali Lautréamont o Breton, ma mai presente con tale scientifica evidenza. Nelle associazioni verbali dei malati mentali, studiate durante la sua esperienza nel Centro neuropsichiatrico di Saint-Dizier, Breton scopre quel "gioco disinteressato del pensiero", quell'automatismo psichico lontano da qualsiasi controllo della ragione e della volontà che è alla base della sua poetica. Nel saggio "Il Surrealismo e la pittura", egli smonta la funzione imitativa dell'arte, incitando alla ribellione contro ogni conformismo accademico, rivendicando la necessità di aderire esclusivamente ad un modello "interiore", l'unico totalmente libero da costrizioni e condizionamenti. Eppure il Surrealismo non nasce in seno alle arti figurative, ma grazie alla spinta di poeti e letterati, decisi ad abbandonare i canoni passatisti per gettarsi anima e corpo in un'esperienza nuova, capa-

ce di trasformare le radici della società. In quest'ottica la fede nell'inconscio simboleggia la rivolta nei confronti di un mondo obsoleto e stanco, il concetto di una rivoluzione che a tratti assume connotazioni ben precise (evidenti nell'influsso delle teorie marxiste, nella momentanea adesione al partito comunista francese e nello sviluppo di un'azione politica per nulla dilettesca), ma che alla fine proclama l'assoluta indipendenza dell'arte come strumento per conoscere la realtà e le profondità dell'animo umano. Nel panorama dei grandi stravolgimenti provocati dalle avanguardie del primo Novecento, le vicende del Surrealismo si intersecano con quelle del movimento Dada. Nelle pieghe di un termine volutamente ambiguo, da filastrocca infantile, i suoi sostenitori adombrano un atteggiamento intellettuale, uno stato d'animo più che un programma ben preciso, un progetto nichilista il quale, nella sua volontà di negazione assoluta, coltiva i

Sigmund Freud



Max Ernst, "Loplop presenta. La bella stagione", 1930 ca

germi del proprio esaurimento. “Non è dada il nonsense – l'essenza del nostro tempo è il nonsense”, proclamano i militanti del movimento, evidenziando un'attitudine alla contraddizione che, al di là delle innumerevoli declinazioni del dadaismo, è il vero fulcro del loro pensiero. Compito arduo riunire in un'unica esposizione due correnti tanto complesse, difficilmente classificabili e semplificabili, sfuggenti per loro intrinseca natura.

Il percorso allestito dal curatore Arturo Schwarz nelle sale del Vittoriano (fino al 7 febbraio prossimo) pone lo spettatore di fronte all'improvviso schiudersi della propria vita interiore, presente in una moltitudine di forme e manifestazioni. Si parte dai precursori e dai compagni di viaggio, dall'eroticismo decadente di Max

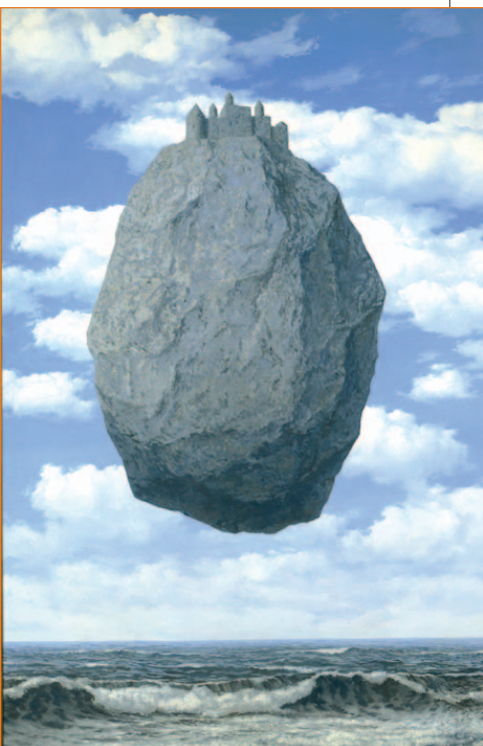
Klinger alle ingegnose geometrie di Klee, dai voli onirici e infantili di Chagall alle enigmatiche fantasie di De Chirico.

L'indipendenza assoluta del pensiero diviene una filosofia di vita, una maniera per indagare il funzionamento della mente i cui testimoni più eloquenti sono i disegni denominati “Cadaveri squisiti”; in queste opere collettive, espressione di un atteggiamento ludico divenuto primario, alle quali ognuno aggiunge un particolare senza vedere quello che l'altro ha fatto prima di lui, ciò che conta è la sorpresa, il frutto imprevedibile dell'immaginazione. Allo stesso modo Calder, riducendo il controllo dell'artista sulla propria creazione mediante l'introduzione del movimento casuale, trasforma l'opera in un vero e proprio evento in corso di svolgi-

mento, assimilabile per molti versi ad uno spettacolo teatrale. La rinuncia alla soggettività del processo creativo richiama i procedimenti aleatori utilizzati in ambito musicale da alcuni compositori, e non è un caso che la mostra ospiti il noto pianoforte rovesciato di John Cage, emblema certo di un capovolgimento dei canoni estetici, ma anche manifestazione di quella tendenza verso l'ironia (il titolo dell'opera è “Suona per favore o la madre, il padre o la famiglia”) intesa come segno distintivo irrinunciabile.

L'atteggiamento irriverente ed anti-artistico del movimento Dada si evidenzia in una predilezione per le tecniche del collage e del fotomontaggio, nelle quali Ernst è maestro, sentite come totalmente dinamiche e moderne. Anche i gesti anarchici di Duchamp (i famosi

Ready-mades) si inseriscono in tale ottica, salvo superarla in una ridefinizione totale del concetto di opera d'arte. A testimoniare di come il Surrealismo sia stato avanguardia nel senso più profondo del termine, pronto quindi a coinvolgere qualsiasi forma di espressione, ecco scorrere le immagini dei primi esperimenti filmici di Buñuel (“Un chien andalou” e “L'âge d'or”, scritti in collaborazione con Dalí); l'ambiguità è la cifra di queste pellicole nelle quali, attraverso uno sguardo filtrato dalle simbologie freudiane, il regista tenta un'immersione nelle profondità inesplorate del subconscio. “Dada e Surrealismo riscoperti” è il titolo della mostra, e davvero accanto ai mostri sacri (Ernst, Man Ray, Picaabia, Masson, Mirò, Picasso, Calder, Magritte, Dalí, ecc.), tutti impegnati nella definizione di nuovi canoni estetici, troviamo una moltitudine di artisti meno noti, comunque interessanti per indagare una costellazione ancora in parte sconosciuta. L'arco cronologico è vastissimo e giunge fin quasi ai giorni nostri, a testimoniare un percorso creativo particolarmente affascinante e ricco di risultati. Se le tele dipinte da Magritte fanno ormai parte del nostro immaginario, se gli enigmi visivi creati da Dalí sono noti a tutti, lo spettatore attento potrà divertirsi a cercare tesori nascosti nell'enorme mole di opere esposte, oltre cinquecento, scoprendo in esse quelle più vicine al proprio mondo interiore. •



René Magritte,
“Il Castello sui Pirenei”, 1959

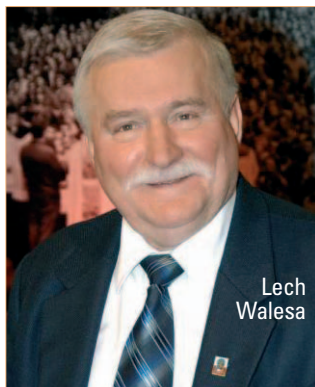


Joan Miró,
“Donna circondata dal volo di un uccello”, 1941

Dicembre e le sue storie...

*I rivoluzionari sono più formalisti
dei conservatori.*

Italo Calvino, Il barone rampante



Lech
Walesa

9 DICEMBRE 1990

Lech Walesa, leader di Solidarnosc, viene eletto in Polonia presidente della repubblica.

1° DICEMBRE 1988

In Pakistan viene eletta presidente Benazir Bhutto. È la prima volta che una donna in un paese musulmano arriva a ricoprire la carica di capo del governo.



Benazir
Bhutto

21 DICEMBRE 1987

Jurij Romanenko, astronauta russo, ritorna sulla Terra dopo aver trascorso ben 326 giorni in orbita nello spazio.

23 DICEMBRE 1984

15 morti e 130 feriti è il bilancio dello scoppio di una bomba a San Benedetto Val di Sambro sul rapido Napoli-Milano.

27 DICEMBRE 1979

Kabul, capitale dell'Afghanistan, viene occupata dalle truppe sovietiche.



10 DICEMBRE 1977

Premio Nobel per la pace all'organizzazione umanitaria Amnesty International.



Walt
Disney

15 DICEMBRE 1959

Nobel per la letteratura al poeta italiano Salvatore Quasimodo.



Salvatore Quasimodo

10 DICEMBRE 1951

Lo statunitense Max Theiler, grazie alle sue ricerche sulla febbre gialla, viene insignito del Nobel per la Medicina.

11 DICEMBRE 1941

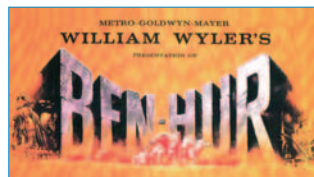
Germania e Italia dichiarano guerra agli Stati Uniti.

15 DICEMBRE 1966

A Burbank, negli Stati Uniti, muore Walt Disney creatore di Topolino e tanti altri personaggi dei cartoni.

22 DICEMBRE 1926

Il pubblico accoglie con successo la proiezione del film Ben Hur, una tra le pellicole più costose della storia del cinema.



30 DICEMBRE 1922

L'Unione delle repubbliche socialiste sovietiche, l'URSS, viene istituita a Mosca nel corso del primo congresso pansovietico.

7 DICEMBRE 1912

In Egitto, a Teil el Amarna, alcuni archeologi tedeschi riportano alla luce il busto di Nefertiti.



11 DICEMBRE 1908

Suscita grande clamore a New York la proiezione del primo film a colori sul grande schermo.

La “meglio gioventù” alla radio

di Ludovica Mariani

Ricordate quando la radio sembrava dover sparire dalle case degli italiani? Oggi, liberatasi dalla polvere degli anni e con un trucco nuovo che non ha cambiato la sua natura di compagna da ascoltare a tutte le ore e le occasioni, è il mezzo di

comunicazione più in voga (con Internet e i telefonini) tra i ragazzi. Da qui l'idea di “Radio Gioventù” nata per veicolare le opportunità fornite da un ministero verso i giovani “una fascia di popolazione normalmente piuttosto allergica alla comunicazione istituzionale classica”. Il ministero, promotore dell'iniziativa, è quello della Gioventù, e chi parla è Nicola Procaccini direttore oltre che ideatore di “Radio Gioventù”. “Che poi in realtà è una rubrica – precisa – con la particolarità di essere ceduta gratuitamente a tutte le emittenti che abbiano interesse a trasmetterla.” Altra particolarità che a condurre il programma è il ministro Giorgia Meloni affiancata dal giornalista Pierluigi Diaco. Ma chiediamo a Nicola Procaccini quale sia stata la genesi e la storia di questa radio che a dicembre festeggia il suo primo anno di vita.

Perché “Radio Gioventù”?

C'era bisogno di avvicinare i giovani alle istituzioni e le istituzioni ai giovani. Mezz'ora di trasmissione a settimana per rendere partecipi i ragazzi delle opportunità messe in campo dal ministero, ma non solo. Volevamo anche raccontare una “meglio gioventù” che trova poco spazio nei mass media che ci parlano di ragazzi violenti, di bullismo, droga, stupri e sassi dai cavalcavia. Si tratta però di una minoranza, è la storia della foresta che cresce e fa meno rumore dell'albero che cade. Noi vogliamo parlare di questa foresta, di ragazzi forti del loro talento e gene-

rosità, a volte generosità estrema. Come Simone Neri un ragazzo di 28 anni che nella tragedia dell'alluvione di Messina ha perso la vita dopo aver salvato otto persone, a lui abbiamo dedicato questa stagione di trasmissioni.

Come scegliete i temi delle puntate?

Durante briefing piuttosto informali tra me, il ministro e Diaco. L'occhio è sull'attualità per questo le puntate le pensiamo anche il giorno prima della messa in onda. Poi ci sono occasioni che richiedono più tempo e impegno come la partecipazione del presidente Napolitano e quella del presidente della Camera Fini in occasione dell'uscita del suo libro “Il futuro della libertà. Consigli non richiesti ai nati nel 1989” una sorta di lettera aperta ai ventenni di oggi. Diamo anche spazio alle tante iniziative del ministero della Gioventù, a breve presentiamo l'Expo dedicata ai giovani. Una grande manifestazione che nel giugno del 2010 e per quattro giorni trasformerà il quartiere Eur di Roma nella cittadella del talento italiano.

Che cosa chiedono i giovani alle istituzioni?

Non privilegi, non tutto e subito come è avvenuto per altre generazioni. Chiedono la possibilità di far valere le proprie capacità in ogni ambito, nel lavoro dipendente e nella libera professione, nell'università e nella scuola, sentono di avere diritto una rivoluzione del merito dove tutti si parte alla pari a prescindere dal sesso, l'età, la famiglia che si ha alle spalle. Ma da lì in poi deve valere il talento, la grinta, la determinazione il sacrificio o la generosità. Da un cambiamento come questo ne beneficerà l'individuo e conseguentemente la collettività.

Siete riusciti a scardinare il sospetto e la disaffezione dei giovani verso la politica?

Ci vuole ben altro per risollevare la credibilità delle istituzioni. Ma con questa Radio, che è completamente gratuita, cerchiamo di mandare un segnale ai cittadini e alla politica e cioè che si può fare qualcosa di utile e ben fatto senza gravare sulle finanze pubbliche. Basta un pizzico di creatività e un po' di disponibilità da parte di tutti.

Pensate che altri Ministeri seguiranno il vostro esempio?

No, ma sarebbe un'idea carina. Anche se probabilmente la radio si presta di più alle tematiche delle politiche giovanili, rivolgendosi a un pubblico più informale come è informale il mezzo radiofonico. •



Un "Medico in famiglia"

La vita e la carriera di Giulio Scarpati, che ha indossato per diverse stagioni il camice del dottor Lele Martini, nella serie che va in onda dal 1998 su RaiUno

di Paola Stefanucci

La tivù ama indossare il camice bianco. E ai telespettatori (di tutte le età) le *fiction* in corsia piacciono. È naturale, quindi, che i signori dei palinsesti televisivi, dalla Rai a Mediaset, continuino a puntare sul fascino collaudato e vincente dei seguaci di Ippocrate per vincere la sfida dello share. Così il cinico "Dr. House" (Hugh Laurie) infallibile nel risolvere diagnosi impossibili (pensate un po': lebbra lepromatosa diffusa, sindrome di Wiskott-Aldrich, di Sjögren, coproporfiria ereditaria, blastomicosi cardiaca...) tiene duro da cinque stagioni. Sul fronte della lunga serialità (e gradimento) non è certo da meno (15 stagioni) il drappello dei medici in prima linea di "E.R.", il cult movie, scritto da Michael Crichton e firmato, tra gli altri, da fuoriclasse hollywoodiani quali Steven Spielberg e Quentin Tarantino, che decretò il successo di George Clooney nel ruolo di Doug Ross, pediatra sexy e sciu-pafemmine. Mentre tra le serie nostrane, più longeve e di maggior popolarità, che affollano tutte le reti non ha perso smalto e simpatizzanti "Medico in famiglia", dal 1998 in onda su Raiuno. Sin dal suo debutto la fortunata fiction, che racconta le



Da sinistra:
Margot Sikabonyi,
Michael Cadeddu,
Gabriele Paolino,
Giulio Scarpati,
Domiziana Giovino,
Eleonora Cadeddu

vicende di una famiglia media italiana dove la figura del medico è centrale, ha avuto un'accoglienza travolgente superando, nelle prime due serie, il traguardo dei 10 milioni di spettatori. Grazie anche alla bravura e al garbo con cui Giulio Scarpati, attore di razza con cromosomi napoletani da parte materna, portava (e porta, nella serie in corso) il camice del dottor Lele Martini.

Abbiamo voluto incontrare Giulio che, nonostante abbia collezionato al suo esordio, nel giro di pochi anni, premi prestigiosi (da quello conferitogli da Giorgio Strehler quale miglior attore promettente nel 1989 al David di Donatello, dal Telegatto all'Oscar della televisione) per la sua intensa attività in

teatro come sul grande e piccolo schermo, deve la notorietà al simpatico "Medico in famiglia". Ed ecco l'intervista.

Giulio Scarpati, l'amabile dottor Lele, dopo otto anni passati all'estero, è ritornato finalmente in famiglia: il suo (inevitabile) ritorno sul set di casa Martini è stato facile?

Non è stato semplicissimo. Lele è stato via tanto tempo lasciando tutto sulle spalle di suo padre, nonno Libero (lo strepitoso Lino Banfi). Ormai ha varcato la soglia dei cinquant'anni, ha fatto carriera, è diventato docente alla Sorbona di Parigi. In questa nuova serie, ritorna a Roma per il matrimonio del suo secondo figlio Ciccio, decide di restare e occuparsi di

medicina ambientale. Diventa nonno. Pian piano egli è riaffiorato nella mia memoria ed ho subito ritrovato la sintonia con la famiglia (catodica) Martini. La fortuna di questa fiction si deve anche al clima affettuoso che si è creato tra di noi e consolidato nel tempo.

Secondo lei, i medici italiani si riconoscono nel dottor Lele e quali sono le sue virtù professionali?

Credo di sì. Io mi sono ispirato ad un mio amico che fa il medico e fa di cognome Martini (un segno del destino?!). Lele è un medico competente, efficiente e capace di comprensione, conforto, confidenza, consolazione, rassicurazione. Ascolta i pazienti con attenzione e quando li visita mette al ban-

do la fretta. Tutti sanno quanto sia importante il dialogo franco tra medico e paziente: nessuna tecnologia per quanto avanzata potrà mai sostituirlo e potrà mai cancellare il rapporto tra noi e colui che si prende cura della nostra fragilità di esseri umani. Pur facendo un lavoro di ricerca in medicina ambientale, Lele sente il richiamo della medicina di base, del rapporto umano con i suoi pazienti. Il medico generico, di base, ha un'importanza fondamentale. È a lui e al suo buon intuito che lo specialista farà poi riferimento. La comprensione di un problema di salute passa obbligatoriamente dall'esame dei dati clinici ma anche dall'ascolto e dall'osservazione della persona, della sua storia, della sua famiglia e dell'ambiente in cui vive e lavora che aiutano ad identificare la malattia. Non amo generalizzare, ma in realtà esistono buoni e cattivi (purtroppo) medici, così come esistono attori bravi e non.

Lei è stato protagonista di vari film di successo e di memorabili spettacoli teatrali e non può essere pirandellianamente imbalsamato nel ruolo tutto simpatia del medico in famiglia che pur le ha dato tanta fama...

Io ho esordito sulla ribalta recitando Goldoni, Dostoevskij, Marivaux, i classici greci perché ritengo che un vero attore debba rinnovarsi completamente identificandosi in modo culturale e viscerale con il personaggio che incarna di volta in volta. La tavolozza di un attore impegnato (quale mi sento) e

valido (come sono determinato ad essere) deve essere ardua e diversificata. Considero tutti i personaggi che ho interpretato, da Don Luigi Di Liegro a Don Zeno Saltini, dal giudice ragazzino all'insegnante alle prime armi in una scuola della periferia romana in "Compagni di banco" e tutti gli altri, come una tappa estremamente importante del mio cammino. Ho cominciato con una cooperativa teatrale di giovani, recitavamo nelle comunità montane, negli ospedali psichiatrici, montavano noi le scene, cucivamo noi i costumi. Grande impegno, tanta buona volontà e niente soldi. Ma il piacere della recitazione per me è stato lo stesso, sempre e ovunque, in una cantina come al Sistina. Cambia il contesto, il numero degli spettatori, ma il piacere di regalare un'emozione è lo stesso. Un piacere al quale non rinuncio.

Un medico che ricorda con particolare affetto?

Mio nonno materno Giulio Schreiber, dentista di origine svizzero tedesca molto famoso a Napoli, dove esercitava la professione. Un mio zio medico a Montecorice, un piccolo paese nel Cilento: era il punto di riferimento per tutti, una figura amica capace di comprendere e condividere timori, sofferenze e speranza. Ancora oggi nei piccoli paesi il medico è una delle figure sociali più importanti. In città l'attività è sicuramente più frenetica, il ruolo del medico con il crescere della società si è diversificato, ma è comunque rimasto importante.

Nella sua vita c'è spazio per la famiglia?

Sì. La mia vita familiare è molto intensa. Considero gli affetti ed i valori della famiglia come il baricentro della mia vita. Ho due figli, un ragazzo di ventuno anni e una ragazza di quindici. Ho la fortuna di avere una moglie, Nora Venturini, che condive e stimola i miei interes-

si culturali e che è anche un'apprezzata regista. Ogni tanto lavoriamo insieme, ma non sempre. Cerchiamo di non fare proprio ditta.

Impegni imminenti?

Uno spettacolo teatrale, che dicono mi rispecchi, "Tropo buono". Autori: Marco Presta e Nora, mia moglie. Con me sarà in scena il pianista attore Bob Messini. Il tema: i rischi della bontà raccontati attraverso i versi di Petrarca, Gozzano, Dostoevskij, i brani divertentissimi scritti da Marco e Nora, una fantastica poesia di Franco Califano "Pasquale, l'infermiere", un'esilarante rivisitazione dell'Amleto "Essere o Benessere" e le canzoni di Fossati, Jovanotti, Rino Gaetano.

Un sogno artistico?

Sono affascinato dalla storia della medicina. Vorrei sostenere la parte di un grande medico, un medico che abbia contribuito con la sua opera al progresso e al benessere dell'umanità. •



Michael Cadeddu

Lino Banfi

Giulio Scarpati

I mille volti di Meryl Streep

di Maricla Tagliaferri

Ma come fa? Come fa Meryl Streep ad essere così brava, a passare dalla velenosa madre superiore di “The Doubt” alla salterina protagonista di “Mamma mia” alla gigantesca cacciarona cuoca Julia Child di “Julie & Julia”, solo per citare gli

ultimi titoli della sua sterminata carriera, ed essere sempre credibile, incredibilmente brava. Come fa ad essere così simpatica, umana, travolgente, modesta e sorprendente ogni volta che la incontri. Come si fa ad essere Meryl Streep? “Oh oh”, ride lei. “Sono stata molto fortunata, ho avuto una vita meravigliosa, un marito che in 31 anni mi ha sempre sostenuto, quattro figli che mi riportano continuamente coi piedi per terra, che mi criticano per qualunque cosa, da come mi vesto a come racconto male le barzellette. Non c’è modo di sentirsi la prima della classe. La famiglia mette tutto nella giusta prospettiva. E per quanti superlativi possiate usare per me, grazie, ma conosco i miei difetti, come madre, come donna e come attrice”.

Per esempio: “Sono una grande rompicatole sul lavoro. Metto bocca su tutto, anche su quello che non mi riguarda e non tutti lo apprezzano. Sono pigriissima e non ci penso neanche a far ginnastica per tenermi in forma. Vorrei somigliare di più a mia madre, una persona che illumina la stanza in cui entra”, elenca senza apparentemente accorgersi che sì, la stanza intorno a lei s’è illuminata.

Mary Louise Streep ha compiuto 60 anni il 22 giugno. Ha preso due Oscar, per “La scelta di Sophie” e “Kramer contro Kramer”, che si scordò in una toilette. Ha il record di quindici nomination, con cui ha battuto Bette Davis e Katherine Hepburn, le quali fin dai suoi inizi la indicarono come loro erede indiscussa. È diplomata al Vassar e poi in



Meryl Streep
nel film “Mamma mia!”

Bette Davis e Katherine Hepburn la indicarono fin dai suoi inizi come loro erede indiscussa

arte drammatica a Yale. È cavaliere delle Arti e delle Lettere in Francia. È certamente la più grande di tutte. Eppure: “Ancora prima dei 40 anni mi sentivo sull’orlo della pensione. Ancora adesso dopo ogni film, penso che non me ne offiranno un altro. Per fortuna ora ci sono più dirigenti donne, più registe, più sceneggiatrici e sono tornati i ruoli interessanti anche per chi non ha vent’anni”. Forse anche grazie a lei, la prima a denunciare il maschilismo di Hollywood.

Il segreto è che non ha mai puntato sul glamour: “Mi sento come argilla nelle mani di un regista. Non mi importa di interpretare un uomo, una cicciona, una vecchia. E poi mi lascio influenzare dai miei colleghi, rubo da tutti quelli con cui lavoro, preferibilmente dagli uomini, che non se ne accorgono mai”.

Ma i tempi sono cambiati, non sempre in meglio, ed è preoccupata per le due figlie attrici: “Negli anni ’70 c’era più tolleranza, più spazio per donne fisicamente diverse, meno stereotipi. Oggi si pensa che una donna

debba avere una sua forma predeterminata, meglio se filiforme, e questo limita le possibilità di ruoli davvero buoni. La mia è una professione meravigliosa, ma a differenza di tutte le altre arti, quando si fa una critica, non si critica solo il tuo lavoro, si critica la tua persona, te stessa. Non è facile reggere il colpo”.

Ha i suoi rimpianti: “Ho invidiato un paio di colleghe, certo. Ho desiderato cose che non ho avuto. Non sono sempre di buon umore come credete, basta chiedere a mio marito”. Certo non piange sull’età che avanza: “Forse oggi sono più stanca a fine giornata, sento qualche dolore in più. Ma credo di essere vitale come tante donne della mia età. Io e le mie coetanee siamo più consapevoli, sappiamo dare di più, amare di più e forse vogliamo qualcosa di più”. •

Prima dei 40 anni mi sentivo sull’orlo della pensione. Ancora adesso dopo ogni film, penso che non me ne offiranno un altro

I grandi della **chanson**

di Piero Bottali

Quando si pensa alla canzone francese, la *chanson* per definizione, l'immaginazione e il ricordo delle melodie corrono svelti verso Aznavour, Bécud e Montand, che meglio di altri, o forse solo più compiutamente, la rappresentano. Ma attenzione:

chanson française non è l'equivalente della canzone italiana. Differenti sono le origini e in parte i contenuti. Questa si sviluppa nell'800 sotto l'influsso del Romanticismo, del quale ha raccolto principalmente il sentimentalismo e troppo spesso le svenevolezze strappalacrime. Fanno eccezione i cantautori, ma questo è un altro discorso. La *chanson française* è invece una canzone d'autore, di origine recente, attorno agli anni '40, nella quale la melodia e l'armonia avvolgono le parole, che spesso sono poesie o prose poetiche di intellettuali o scrittori di primo piano. Basti pensare a Prévert, Brel, Brassens, Louiguy e tanti altri. La canzone d'autore è profondamente radicata nella mentalità francese e naturalmente i cantanti non ne sono rimasti indifferenti. È il caso di Aznavour, Bécud e Montand. Shahonur Vaghinagh Aznavurian nasce a Parigi nel 1924 da famiglia di origine armena. I genitori lo inseriscono quasi bambino nel mondo dello spettacolo col nome d'arte di **Charles Aznavour** (si è esibito, sempre trionfalmente, recentemente a Milano). Colpo di fortuna, viene scoperto da Edith Piaf che lo porta in tournée in Francia e negli Stati Uniti. Soprannominato il "Frank Sinatra della Francia" (ma in realtà la sua voce vibrante e malinconica è assai diversa da quella virile, calda e noncurante di Sinatra), compone più di mille canzoni, molte assai struggenti, che canta in ben sei lingue. La sua bravura e versatilità lo hanno fatto esibire nei maggiori teatri del mondo duettando, fra le altre, con Liza Minnelli e Céline Dion e, in Italia, con Iva Zanicchi e Mia Martini.

Gilbert Bécud (pseudonimo di François Gilbert Silly, 1927 - 2001), appena quindicenne interrompe gli studi di pianoforte al Conservatorio di Nizza per arruolarsi nella Resistenza francese e già nel 1948 crea un trio artistico di buon livello. Anche lui come Aznavour, durante una tournée conosce la piccola, ge-

Charles Aznavour, soprannominato il "Frank Sinatra della Francia", compone più di mille canzoni, che canta in ben sei lingue

nerosa e appassionata Edith Piaf e per lei scrive la celebre "Mes mains" esordendo come cantante e catturando subito la scena nazionale ed estera. Grandissimi successi, che forse ancor oggi molti fischiettano dopo oltre mezzo secolo, sono "Je t'appartiens" e nel 1961 la disperata "Et maintenant", uno dei più grandi trionfi della storia musicale francese, cantato anche da Sinatra e da Judy Garland. Quattrocento dischi e innumerevoli tournées sono il compendio della sua vita artistica. Bécud viveva a Parigi in una casa gal-

leggiante sulla Senna.

"Ivo, monta!" ("Ivo, sali in casa!"): questa l'origine del nome di **Yves Montand**, nato nel 1921 a Monsummano Terme in provincia di Pistoia col nome di Ivo Livi. I suoi genitori erano attivisti socialisti cosicché con l'avvento del Fascismo la famiglia dovette emigrare in Francia. Anche lui, come i primi due *chansonniers*, incontra Edith Piaf - con la quale ha un'intensa relazione - che lo aiu-

ta molto a muovere i primi passi nel mondo della canzone dando l'avvio a una fortunatissima carriera artistica durante la quale Montand abbinò cinema e musica. Per la colonna sonora del film "Parigi dorme" di Marcel Carné, Joseph Kosma compone "Le feuilles mortes" su parole di Jacques Prévert, che diviene un brano simbolo della canzone francese e Montand porta a fama mondiale. Sposato con Simone Signoret ma assai attivo nei flirt (celebre quello con Marilyn Monroe mentre era coniugata con Arthur Miller), Montand dalla metà degli anni '60 si dedica ai film impegnati come "Z - L'orgia del potere", "La confessione" e "L'Americano", di Costa Gravas.

Muore nel 1991 a Senlis. •



Charles Aznavour



Signor Presidente,
le parole non bastano per esprimere la gratitudine (seppure con ritardo) di tutti coloro che, in tante oc-

casioni e specialmente in questa del terremoto a L'Aquila, hanno ricevuto da lei, signor presidente, e da quanti la circondano, l'espressione concreta e attiva della sua affettuosa amicizia verso i colleghi medici e le loro famiglie. Sono Maria Rosa Piga, vedova del dott. Angelo Acitelli de L'Aquila, e mi sono sentita sempre orgogliosa dell'appartenenza a questa grande famiglia Enpam, che mi era stata trasmessa da mio marito tanti anni fa. Dio vi benedica tutti e lo voglio dire a nome di tutti, sicura di interpretare le intenzioni e il cuore di tutti i medici e i familiari che fanno parte della famiglia Enpam.

Grazie, grazie caro signor presidente, perché vi adoperate da sempre anche per noi, vedove dei medici, e con grandissima sensibilità, avete espresso questo affetto con un gesto concreto di vicinanza, con un'offerta generosa che mi ha commosso e toccato profondamente, come penso sia stato per tutte le altre vedove della Federspev. Colgo l'occasione per augurare a lei, signor presidente e alla sua famiglia, ogni bene, così come a tutta la federazione Enpam e a quanti si adoperano per renderla sempre più viva e operante.

Dio vi benedica tutti. Grazie !

Maria Rosa Piga, vedova Acitelli



Caro Presidente,
ho avuto il piacere di conoscerti personalmente quando, negli anni '90, per due mandati sono stato presi-

dente dell'Ordine della mia Provincia. Ci incontravamo in Federazione per le riunioni istituzionali e sei stato ospite a L'Aquila in varie occasioni. Già da allora ho sempre apprezzato la pacatezza, il buon senso ed il pragmatismo del tuo operare. E certamente, al di là delle norme e degli obblighi statutari, vi è molto di tuo nella decisione assunta dall'Enpam di venire incontro con fondi speciali, alle necessità dei medici di questa bella e sfortunata città e del suo territorio, così duramente colpito.

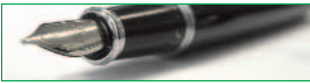
A parte l'aspetto economico, di non trascurabile valore, questa solidarietà è soprattutto di grande conforto dal punto di vista umano, facendoci sentire componenti di un'unica grande famiglia, generosa e socialmente impegnata.

A te e a tutto il Direttivo esprimo pertanto profonda gratitudine, consapevole che uguale sentimento anima i colleghi aquilani.

Ti prego inoltre di estendere, attraverso la rivista dell'Ente, questo ringraziamento a tutti i medici ed odontoiatri italiani che, in gran maggioranza con animo disponibile, hanno utilizzato parte del loro patrimonio previdenziale per questa iniziativa.

Cordialissimi saluti.

dott. Giuseppe Azzarone



QUANDO POTRÒ ANDARE IN PENSIONE?

Caro Presidente,
sono convenzionato al Ssn dal 1979. Ho già riscattato l'anno del militare e sto riscattando gli anni dell'Università. Vorrei sapere quando potrò andare in pensione ed a quanto essa ammonterà.
Cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
sulla posizione previdenziale in essere presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati contributi, dal marzo 1979 all'agosto 2008, pari ad euro 180.662,23. È stato, altresì, perfezionato il riscatto di un anno del periodo degli studi universitari ed è in fase di pagamento quello relativo agli altri 5 anni del corso legale di laurea.

Considerando la situazione contributiva come sopra esposta, ivi compresi i soli versamenti finora effettuati del riscatto in essere, in costanza di contribuzione ordinaria alla gestione maturerai il requisito dei 35 anni di anzianità contributiva al Fondo, necessario per accedere alla pensione di anzianità, nel mese di ottobre del 2010.

Tuttavia, in ottemperanza alle disposizioni recate dalla L. 449/97, che prevedono un differimento del go-

dimento della pensione rispetto alla data di raggiungimento dei requisiti (le c.d. "finestre di uscita"), il trattamento ti verrebbe effettivamente erogato dal 1° luglio del 2011, data nella quale avrai anche maturato gli altri due prescritti requisiti relativi all'età anagrafica ed all'anzianità di laurea. L'importo della prestazione è stato stimato in circa euro 2.300,00 mensili lordi.

In alternativa, completando i versamenti relativi ad un totale di 3 anni del vigente riscatto, la tua posizione soddisferà i requisiti di specie già al compimento del 58° anno di età, a marzo del 2010. Attendendo l'apertura della "finestra", potresti definitivamente collocarti a riposo dal 1° ottobre dello stesso anno, con un rateo mensile di quiescenza pari a circa euro 2.200,00 lordi.

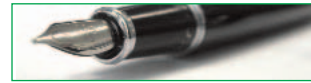
Infine, completando il riscatto di tutti i 5 anni per i quali hai presentato domanda, le scadenze temporali di soddisfacimento dei requisiti e di pensionamento effettivo sarebbero, logicamente, le stesse dell'ipotesi appena descritta. Tuttavia, il rateo sarebbe pari a circa euro 2.300,00 mensili lordi, quindi equivalente a quello prospettato in prima analisi.

Ti informo, infine, che, per effetto di eventuali modifiche della normativa di riferimento, le ipotesi rappresentate potrebbero subire variazioni. E' pertanto opportuno che, prima della cessazione dell'attività, tu

proceda ad una verifica definitiva della tua posizione presso gli uffici della Fondazione. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per l'Enpam.

Ti saluto cordialmente.

Eolo Parodi



HO PRESENTATO DOMANDA DI RISCATTO

Caro presidente,
laureato nel 1972, iscritto all'Ordine dal 1974, ho svolto solo l'attività libero professionale odontoiatrica; dovrei compiere 65 anni di età nel 2009, con 19 anni e mezzo di contribuzione per la Quota B e 35 per la Quota A. In data odierna ho presentato domanda di riscatto per i 6 anni del corso di laurea. Vorrei cessare l'attività al 31/12/2009. Cortesemente ti chiedo:

- 1) quale sarà la mia pensione, da quando decorrerà e quando l'avrò materialmente;
- 2) lo stesso di cui sopra, se dovessi aderire alla proposta di riscatto dei 6 anni di corso di laurea, il costo e i benefici di tale operazione;
- 3) cosa dovrò fare al 31/12/2009 (quali documenti e a chi inoltrarli);
- 4) se posso mantenere l'iscrizione solo all'Albo degli odontoiatri o devo mantenerla anche per l'Ordine dei medici chirurghi;
- 5) se invece dovessi continuare l'attività fino al 31/12/2010, come dovrei comportarmi: comunicarlo o

meno, a chi, ed entro quale data, e quali conseguenze o modifiche ciò implica a proposito delle domande di cui sopra.

Ti ringrazio anticipatamente con i più cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
sulla posizione in essere presso il Fondo della Libera Professione - Quota B del Fondo di Previdenza Generale risultano accreditati contributi previdenziali, da te versati per redditi prodotti tra il 1990 ed il 2007, per un totale di euro 69.314,02.

In costanza di contribuzione, a partire dal compimento del 65° anno di età, previa presentazione dell'apposita domanda (reperibile presso l'Ordine provinciale cui sei iscritto o sul sito Internet www.enpam.it), ti verrà erogata una pensione di vecchiaia.

Alla medesima data, al trattamento di cui sopra si affiancherà quello a carico della Quota A del medesimo Fondo, cui versi i contributi obbligatori, su base annua, dovuti ex lege da tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Albo professionale.

Nel dettaglio, la stima effettuata ha determinato, per la Quota A, un trattamento mensile lordo di circa euro 300,00.

Ti informo, invece, che la prestazione di Quota B è stata calcolata ipotizzando costante l'ultimo versamento memorizzato, con la vigente aliquota contri-

butiva, fino all'età del collocamento a riposo. Ne è scaturito un rateo di circa euro 1.000,00 lordi mensili. Ti faccio, altresì, presente che, al fine di ottenere un incremento di tale ultima pensione, potresti perfezionare il riscatto del periodo di laurea, del quale hai presentato domanda nel dicembre 2008.

Ho, infatti, incaricato i competenti uffici di inoltrare quanto prima alla tua attenzione la proposta, non vincolante, inerente l'onere esatto da sostenere ed il beneficio pensionistico derivante dall'adesione all'operazione. Ti rammento che i versamenti per riscatto debbono essere ultimati entro il compimento del 65° anno di età.

In questa sede, un calcolo approssimativo ha determinato il contributo di specie in circa euro 50.000,00, a fronte dei quali ti verrebbe accreditata, mensilmente, una prestazione di quiescenza lorda di circa euro 1.300,00.

Peraltro, ti rappresento che, in ottemperanza alle disposizioni regolamentari della gestione, all'atto del pensionamento sarai esonerato dal versamento dei contributi. Tuttavia, in quanto eventualmente ancora titolare di reddito professionale, potrai chiedere di continuare ad essere iscritto alla Quota B (effettuando, a scelta, i versamenti con l'aliquota ridotta ovvero con quella intera) fino, al massimo, al raggiungimento del 70° anno di età. A tal fine, dovrai barrare

l'apposita opzione nel Modello D 2010, ove dichiarerai i redditi prodotti nel corso del corrente anno. In tale ipotesi ti spetterà un supplemento di pensione, che ti verrà liquidato dall'Ente, d'ufficio, ogni triennio.

Per effetto di eventuali modifiche della normativa di riferimento, le ipotesi rappresentate potrebbero subire variazioni.

Ti saluto cordialmente.

E. P.



UNA SERIE DI DOMANDE

Illustre Presidente, sono un medico di MMG (anno di laurea 1978 e prima contribuzione anno 1979) e vorrei avere delle delucidazioni in merito a quanto segue:

- 1) prima finestra pensionabile senza riscatto della laurea;
- 2) prima finestra pensionabile con riscatto della laurea;
- 3) l'ammontare presumibile della pensione con riscatto di laurea in trattamento misto;
- 4) l'ammontare della pensione senza riscatto di laurea in trattamento misto;
- 5) eventuale possibilità d'integrazione contributi versati all'Inps.

Nel ringraziarti anticipatamente per una tua pronta risposta colgo l'occasione per i più cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
presso il Fondo dei Medici

di Medicina Generale risultano accreditati in tuo favore contributi previdenziali per un importo complessivo pari a euro 128.095,83. Qualora volessi anticipare l'età del pensionamento, ti faccio presente che, senza effettuare il riscatto degli anni di laurea, maturerai i 35 anni di anzianità contributiva nel 2014 e, ai sensi della Legge 449/97 che prevede un differimento nell'erogazione della pensione rispetto alla data di raggiungimento di tutti i requisiti (c.d. "finestre di uscita"), potrai godere effettivamente del trattamento previdenziale di anzianità a partire dal 1° luglio 2015. A tale data, l'importo del trattamento pensionistico che ti verrebbe erogato a carico del Fondo in parola sarebbe pari a circa euro 24.800,00 annui lordi. Nel caso, invece, 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 pari a circa euro 21.100,00 annui lordi e ad una indennità di circa euro 47.400,00 lordi. Attivando, invece, l'istituto del riscatto di cui sopra potresti anticipare ulteriormente l'accesso al trattamento pensionistico. In tal caso, infatti, dovresti attendere solo il compimento del 58° anno di età e la successiva apertura della c.d. "finestra di uscita"; quindi la pensione di anzianità decorrerebbe a partire dal 1° ottobre 2010.

A titolo informativo ti faccio

presente che il riscatto di 6 anni di laurea comporterebbe un onere a tuo carico pari a circa euro 40.100,00, il cui versamento può essere effettuato in un'unica soluzione o in rate semestrali con la maggiorazione degli interessi legali e ti darebbe diritto ad una prestazione pari a circa euro 21.200,00 annui lordi. Con il trattamento misto, invece, l'importo pensionistico annuo sarebbe di circa euro 18.000,00 e l'indennità in capitale di circa euro 46.700,00.

Con riferimento, invece, alla tua posizione previdenziale presso l'Inps, ti faccio presente che tali contributi possono essere oggetto di ricongiunzione al Fondo dei Medici di Medicina Generale mediante apposita domanda da presentare all'Enpam. A tal fine ti ricordo che la ricongiunzione è un istituto a carattere oneroso; pertanto, a seguito della tua richiesta i competenti uffici provvederanno ad inviarti una comunicazione nella quale sarà indicato l'onere a tuo carico e l'incremento pensionistico. La proposta non è vincolante quindi, se non la reputassi conveniente, non sarai tenuto ad aderirvi.

Mi corre l'obbligo, infine, di precisarti che, a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni.

Ti invio un caro saluto.

E. P.

Medici senza età per aiutare chi soffre

Anche un piccolo aiuto può servire a ridare il sorriso. Lo sanno bene tante associazioni di volontariato che in questi anni hanno cercato il sostegno dell'Enpam a favore di un progetto di solidarietà utile a migliorare la qualità del medico, dal più giovane al più anziano

È questo lo spirito con cui da alcuni anni sosteniamo il progetto "Medici senza età" che oggi, con oltre 600 iscritti, vuole rinascere sotto una luce nuova, più vicina alle esigenze di chi sente di voler intraprendere un percorso formativo durante la propria attività lavorativa o di chi, deposto metaforicamente il camice, si ritrova all'improvviso senza un ruolo sociale che la professione gli aveva, fino a quel momento, garantito. In un momento in cui l'Enpam vuole offrire ai suoi iscritti servizi nuovi e diversificati, ci sembra doveroso continuare ad aiutare coloro che intendono riavvicinarsi alle radici della professione e arricchirsi in termini di umanità ed emozioni. Lo spunto nasce dalle richieste che riceviamo: "Sono un medico di 82 anni. Forse sono anziano e con le mani tremanti, ma sono solo e sento di avere ancora lo spirito giusto per sostenere chi ne ha bisogno. Come posso aiutarvi?". Era una delle prime, eppure da quel giorno tante cose si sono mosse. Circa 100 le associazioni di volontariato con cui abbiamo preso con-

tatti un po' in tutta Italia e un accordo con il Comune di Roma per offrire la possibilità di usufruire di un parere medico, di una visita o di una consulenza per bambini, anziani o stranieri, nella convinzione che i "Medici senza età" possano offrire un contributo reale e importantissimo in tante situazioni di difficoltà.

Progetti di assistenza in carcere, lezioni presso varie scuole medie e superiori, collaborazioni presso strutture mediche fino ad arrivare a un viaggio in India gestito in proprio, per aiutare un orfanotrofio in Kerala e una struttura psichiatrica. Sappiamo però che tanto possiamo ancora fare. Un esempio? Aiutare la Fondazione Pro-Dubbo Onlus che ha lo scopo di garantire le risorse finanziarie necessarie per la continuità della gestione, la manutenzione, lo sviluppo e l'eventuale ampliamento della struttura sanitaria denominata "Special Maternal & Child Health Care Centre", una clinica ostetrica e pediatrica situata a Dubbo, circa 420 chilometri a sud di Addis Abeba, nella regione del Wolayta, una delle più povere del-

l'Etiopia. Sono bastati pochi secondi di un video girato in questa regione per comprendere la situazione sanitaria locale: la popolazione conta oltre 400 mila abitanti con un numero scarsissimo di medici, altissimi indici di mortalità (specie tra i bambini e gli anziani), mancanza di copertura delle vaccinazioni e incidenza di malattie come l'A.I.D.S., la malaria, il tifo, la tubercolosi tra le peggiori dell'Etiopia (e quindi del Mondo). L'intera regione, infatti, benché verdeggianti e ricca di campi e di eucalipti, è molto povera perché sovraffollata, con gran parte delle famiglie che possono contare su campi troppo piccoli, il 30% dei giovani senza terreni da coltivare e una penuria di cibo e acqua che si aggrava fino a richiamare l'attenzione degli aiuti internazionali d'emergenza; mancano sistemi di irrigazione per aumentare i raccolti, terrazzamenti dei pendii per estendere la terra coltivabile, protezione delle zone che si stanno erodendo e via dicendo. Dopo anni di lavoro e l'aiuto di tanti volontari, il complesso ospedaliero è diventato un piccolo gioiello

per una regione tanto bisognosa, poiché ospita anche le case per i sanitari espatriati e cinque casette per il personale dirigente locale (medici, capi del laboratorio e dell'amministrazione, infermiere anestesista). Oltre a cercare di risolvere problemi ed emergenze sanitarie emerge il bisogno di rendere sempre più stabile e continuativa la presenza del personale qualificato e preparare operatori locali che rendano pienamente funzionante la sala operatoria per interventi di chirurgia maggiore e per l'urgenza traumatologica ortopedica (attualmente la sala viene utilizzata solo per i parti cesarei e per interventi minori) e che possano contribuire all'ampliamento della struttura sanitaria che necessiterebbe di un "piano regolatore" preciso. Per questo abbiamo bisogno dei nostri "Medici senza Età" e delle associazioni di volontariato presenti sul territorio nazionale. Il Collegio Universitario Aspiranti Medici Missionari (C.U.A.M.M.), il Centro Volontari Marchigiani (C.V.M.), il gruppo Missionari Africa di Montagnana (PD) sono alcuni dei gruppi che si sono organizzati per affrontare le emergenze, mentre la Confartigianato di Ancona sta attrezzando un laboratorio per l'avviamento professionale, al fine di aiutare la popolazione a svilupparsi economicamente.

Vi chiediamo dunque, come iscritti, di collegarvi al sito www.enpam.it per ulteriori informazioni. •

Simona Bolgia

di Gian Piero Ventura (*)

Il Festival Internazionale tenutosi a Roma a fine ottobre ha superato anche le più rosee previsioni, con un numero incredibile di presenze, sia di espositori che di visitatori. Un'altra conferma dell'italica capacità di riuscire ad organizzare cose incredibili, magari anche piene di imprevisti o con problemi da risolvere all'ultimo secondo, ma che poi hanno permesso di vedere belle immagini come file di ragazzini entusiasti vicino a anziani collezionisti emozionati che si accompagnavano magari con un bastone. Così ci ha raccontato Marisa Giannini, direttore della Divisione Filatelia di Poste Italiane che ha organizzato l'evento con la

Francobolli per il Natale

Grande successo per il più importante evento filatelico mondiale che si è svolto quest'anno in Italia. I francobolli che stanno uscendo per il Natale

collaborazione della Federazione fra le Società Filateliche Italiane, l'Associazione Filatelisti Italiani Professionisti e l'Unione Stampa Filatelica Italiana. Proprio quest'ultima organizzazione ha creato una sensibile iniziativa che desideriamo citare per conto di tutte quelle che si sono svolte durante la manifestazione.

L'USFI ha infatti adottato una cassetta postale, mal-

messa ma non distrutta (nella foto), recuperata a L'Aquila sotto le macerie del terribile terremoto avvenuto quest'anno in Abruzzo, utilizzandone l'immagine proposta su cartoline postali in vendita a 5 euro, il cui ricavato andrà ad iniziative di sostegno. Un piccolo simbolo che ha resistito al terremoto e che servirà sempre a ricordare tale terribile evento.

Ma concludiamo quest'ultimo numero dell'anno con un po' di speranza e di serenità... ovvero i francobolli che stanno uscendo per il Natale.

Ammirando le varie rappresentazioni sacre iniziamo ovviamente con il Vaticano che propone la "Madonna con Bambino in trono tra due Angeli accompagnata da S. Gioacchino e S. Anna", opera del pittore rinascimentale Francesco Melanzio. Alcune fonti del settecento collocano inizialmente il dipinto all'interno della sagrestia della Chiesa di San Francesco a Montefalco in provincia di Perugia. Probabilmente fu portato in Vaticano dopo l'espropriazione napoleonica e fu posizionato nella Chiesa di San Salvatore in Ossibus (oggi



Il Ghirlandaio nel foglietto Smom

San Pietro in Borgo), solo in seguito è stato messo nella Cappella del Governatore sull'altare principale, attuale collocazione. Per il Sovrano Militare Ordine di Malta e per San Marino sono in arrivo dei foglietti.

Lo SMOM con l'adorazione dei Magi del Ghirlandaio, presente al Mudi - Museo degli Innocenti di Firenze. San Marino invece propone il "Riposo durante la fuga in Egitto", uno dei capolavori della produzione giovanile di Caravaggio.

Per poste italiane infine la vignetta del francobollo dedicato al soggetto religioso riproduce un particolare del dipinto "Adorazione dei pastori" realizzato dal maestro Domenico Piola e conservato presso l'Oratorio della SS. Annunziata di Spotorno (SV). Questa si aggiunge naturalmente al francobollo versione laica... anche se il concetto di "Natale laico" forse dobbiamo ancora ben interpretarlo...! •

(*) gp.ventura@enpam.it





a cura dell'avv.
Pasquale Dui (*)

Il ricorrente/imputato in servizio di guardia medica, era stato condannato prima dal Tribunale e poi dalla Corte d'Appello di Torino, a causa di un mancato intervento, in violazione del codice deontologico in quanto aveva erroneamente valutato i sintomi relativi a una paziente e consistenti in una copiosa emorragia dagli organi genitali della stessa, con successivi episodi di perdita di coscienza. Il medico in questione era stato chiamato per una consulenza circa la sintomatologia presentata dalla signora, che però rifiutava di essere portata in ospedale e quindi ricoverata.

La censura mossagli era quella di non essere intervenuto presso l'abitazione ove si trovava la paziente, nonostante la consapevolezza *"della gravità della patologia da cui era affetta"*. Il nodo cruciale che si pone alla Suprema Corte (sentenza 10819/2009) per la soluzione è quello dell'analisi e della verifica della sussistenza del nesso causale tra la condotta omissiva del

Responsabilità del medico

medico e la morte della paziente.

In un primo momento, la giurisprudenza della Corte di Cassazione (n. 4320/1983) ha dichiarato che per affermare la responsabilità penale di un medico sono sufficienti, in quelle ipotesi in cui sia in gioco la vita umana, anche poche probabilità di successo; in altre pronunce, che sia piuttosto necessario che le probabilità di successo arrivino almeno al 30% (n. 371/1992); in altre ancora, invece, si è richiesto un sufficiente grado di certezza, sebbene non assoluta, quanto meno sufficiente a fondare un giudizio di verosimiglianza (n. 10437/1993).

La Corte si è successivamente portata su posizioni più garantiste per il medico, richiedendo *"serie e rilevanti possibilità di successo"* o comunque innalzando il limite percentuale di probabilità di sopravvivenza della vittima, in virtù dell'intervento del sanitario, pari al 75%. Tra il 2000 e il 2002, però, si è venuto a creare uno scontro giurisprudenziale tale per cui, secondo una prima posizione, tutte le espressioni *"alto grado di probabilità"*, *"altissima probabilità"* e simili devono essere considerate degli indizi per i quali l'azione o l'omissione del medico sono sicura-

mente causa dell'evento ogni volta che la connessione tra gli eventi sia rappresentata da una percentuale vicina a 100.

La seconda posizione, invece, sottolineava la differenza tra probabilità statistica e logica, evidenziando come non sempre un'alta percentuale statistica suffraghi l'esistenza di un nesso causale tra gli eventi.

Le Sezioni Unite sono, dunque, intervenute, con la celebre sentenza Franzese (n. 30328/2002) stabilendo i criteri di cui deve tenersi conto al fine di individuare tale nesso di causalità. Innanzitutto, tale collegamento sussiste quando si evince che, nonostante l'intervento doveroso richiesto al medico, il fatto non si sarebbe comunque verificato o si sarebbe verificato in epoca successiva o con minore intensità lesiva. Il secondo principio è che l'alto coefficiente di probabilità statistica non è per ciò stesso sintomo di automatico collegamento tra il comportamento del medico e l'evento morte del paziente, ciò in quanto il giudice deve comunque verificarne la validità nel caso concreto. Infatti, tale collegamento sussisterà tutte quelle volte in cui, in base alle circostanze di fatto ed esclusa l'interferenza di fattori alternativi, risulti pro-

cessualmente certo che la condotta omissiva del medico sia stata condizione necessaria dell'evento *"con alto o elevato grado di credibilità razionale"* o *"probabilità logica"*.

In terzo luogo, l'esistenza di un ragionevole dubbio sulla base dell'insufficienza, contraddittorietà e incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale comporta la neutralizzazione della ipotesi prospettata dall'accusa e quindi l'assoluzione dell'imputato.

Dunque, la Corte, al fine di individuare il nesso di causalità in termini di certezza, ha sicuramente fatto riferimento non a una certezza di tipo oggettivo, ma certamente di tipo processuale, ricavabile dalla valorizzazione di tutti gli elementi e circostanze del caso concreto, seguendo un procedimento logico che colleghi il fatto e l'evento *"al di là di ogni ragionevole dubbio"*.

La Quarta Sezione ha evidenziato, quindi, che dagli atti di causa non è risultato chiaro e definito il quadro clinico della paziente, in quanto non tutte le patologie di cui era affetta la paziente erano note e, soprattutto, non si era riusciti a mettere in luce quale delle due aveva prevalso sull'altra con riferimento alle conseguenze mortali che si erano, poi, effettivamente verificate.

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

CONFERENZA PROGRAMMATICA DEI GIOVANI MEDICI

“Il ruolo dei giovani medici nel Ssn: meno politica e più merito nella sanità del futuro”. Questo il tema della conferenza organizzata dal Segretariato italiano giovani medici (Sigm - www.giovanemedico.com) che si è svolto nella sede dell'Enpam lo scorso 30 ottobre. Il presidente del Sigm, Walter Mazzucco, ha chiesto “un tavolo tecnico interministeriale che affronti una volta e per tutte la riorganizzazione e la razionalizzazione del sistema formativo post laurea del giovane medico nel quale siano attivamente coinvolti tutti i soggetti competenti: Crui, Conferenza dei Presidi, federazione degli Ordini e le associazioni di categoria”.

I giovani medici hanno avanzato anche un dettagliato pacchetto di proposte che vanno dalla richiesta di avviare subito il concorso per le scuole di specializzazione per 2009/2010 al riconoscimento degli anni di specializzazione per l'accesso alla dirigenza medica ed al ruolo di ricercatore.

Il vice ministro alla Salute Ferruccio Fazio, presente all'incontro, ha dichiarato: “Abbiamo la necessità di legare maggiormente numeri e tipologie delle scuole di specializzazione in medicina ai fabbisogni del territorio”, aggiungendo che “stiamo cercando di fissare misure omogenee per tutte le regioni per individuare il reale fabbisogno”.

ORGANI COLLEGIALI

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Prof. Eolo PARODI (Presidente)

Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)

Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)

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

COMITATO ESECUTIVO

Prof. Eolo PARODI (Presidente)

Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)

Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)

CONSIGLIERI: Dr. Giuseppe DEL BARONE · Dr. Arcangelo LACAGNINA · Dr. Benito MELEDANDRI · Dr. Alberto OLIVETI · Dr. Paolo ORIANA.

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

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermoniti

email: studio.sermoniti@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - Jupiterimages Unlimited

**MENSILE - ANNO XI - N. 10
DEL 22/11/2009
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

Quota A - pagamento contributi 2009

Il 30 novembre è scaduta la quarta rata del contributo obbligatorio "Quota A".

Quota B - redditi professionali 2008

Mancato ricevimento modello D - Coloro che non sono in possesso del modello D possono utilizzare il "*modello D generico*" disponibile sul 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 tale dichiarazione successivamente al 31 luglio dovranno attendere il bollettino MAV.

Pagamento del contributo - Il pagamento deve 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 - Il mancato ricevimento del bollettino MAV (dovuto alla non tempestiva comunicazione dell'avvenuta variazione di residenza ovvero ad un disguido postale) non esonera dal pagamento del contributo. In tal caso è necessario contattare tempestivamente la Banca Popolare di Sondrio al numero verde **800.24.84.64**, la quale provvederà all'invio di un duplicato del MAV, ovvero fornirà le istruzioni necessarie per effettuare il pagamento di quanto dovuto entro i termini regolamentari.

Utenti registrati. MAV "Quota B" - Per gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it è attivo un servizio di stampa on-line del duplicato del bollettino MAV. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito.

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 2010);
- 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.

Trattamento ordinario del Fondo di Previdenza Generale - Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1945 potranno presentare la domanda di pensione ordinaria, nel corso dell'anno 2010, dal compimento del 65° anno di età.

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

Area riservata

Per accedere all'area riservata ed usufruire dei servizi online è necessario essere registrati al sito www.enpam.it. Per informazioni riguardanti la registrazione contattare il SAT al numero 06.4829.4829 oppure scrivere a sat@enpam.it indicando nome, cognome e recapito telefonico.

Gli utenti registrati possono modificare nel profilo utente i seguenti campi: numero di telefono fisso, numero di telefono cellulare e indirizzo di posta elettronica.

Riscatti. Versamento di un 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 e non oltre il 15 dicembre 2009** mediante bonifico bancario presso la Banca Popolare di Sondrio IT06 K 05696 03200 000017500X50.

Nella causale del bonifico indicare cognome e nome, codice Enpam, tipologia del riscatto, Fondo sul quale è stato richiesto il riscatto e su cui sarà accreditato il versamento.

Riscatti. Versamento una tantum - In caso di riscatto **in corso di pagamento**, l'iscritto può effettuare, **entro e non oltre il 15 dicembre 2009**, un versamento aggiuntivo nei limiti del debito residuo.

Il suddetto versamento non sostituisce la rata di dicembre che, pertanto, deve essere versata alla scadenza prevista.

Per la tempestiva rendicontazione da parte del Servizio Riscatti e Ricongiunzioni, dovrà essere trasmessa entro e non oltre il 15 gennaio 2010 copia della ricevuta del bonifico al seguente numero di fax 06.48.294.978.

Deducibilità - I contributi previdenziali obbligatori sono, ai fini IRPEF, interamente deducibili dall'imponibile fiscale ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera e), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. n. 917 del 22/12/1986 modificato dal D. Lgs. 18/2/2000 n. 47. Sono pertanto interamente deducibili dal reddito: il contributo Quota A, il contributo Quota B, gli importi versati a titolo di riscatto, le somme corrisposte a titolo di ricongiunzione.

