

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



Pubblicità del "Thermogen" raccomandato come rubefacente contro "malattie articolari e i dolori di petto"

MEDICINA GENERALE

Passo
avanti
per l'Accordo

4

PREVIDENZA

Fondi:
calcolo
dei trattamenti

6

QUOTA B

Fondo
libera
professione

13

MEDICI ILLUSTRI

Alzheimer
e la mente
che vacilla

22

ENPAM

Parodi:
Noi
e la crisi

1

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

- 1** Noi e la crisi
- 2** Medici formati ed informati
- 3** Notizie dalla Federspev
- 4** Accordo per la Medicina generale
- 5** Aumentano le dottoresse
- 6-11** Fondi e calcolo dei trattamenti
- 12** Riscossione contributo Quota A
- 13** Riscatto di allineamento
- 14-15** Il punto sulle Risorse umane
- 16-17** L'intervista/1: la pubalgia
- 18-19** L'intervista/2: il suicidologo
- 20-21** Giovani e lenti a contatto
- 22-23** Medici illustri: Alois Alzheimer
- 24-25** Missione "Ridare la luce"
- 26-27** Enpam, progetto "Insieme"
- 28-29** Medici con le stellette in Ciad
- 30-31** Immigrazione e salute
- 32** Accadde a... Marzo
- 33-37** Congressi, convegni, corsi

- 38** Coronarografia non invasiva
- 39** Le epidemie "in mostra"
- 40-41** Il futuro di medicina e professione
- 42-43** Silvia Ziche, vignette al femminile
- 44-45** Vita degli Ordini
- 46-47** Recensioni libri
- 48-49** Presentato "Achtung bambini"
- 50-51** Il personaggio: Francesco Ernani
- 52** Arte, Alfons Mucha
- 53** Mostre in Italia
- 54-55** A spasso per Dubai
- 56** Al cinema le storie del passato
- 57** Ricordando The Voice
- 58** Fiori: l'Iris
- 59** Erbe: la palma dell'Amazzonia
- 60-61** Lettere al Presidente
- 62** Filatelia
- 63** L'avvocato
- 64** A proposito di Giovani medici



Foto di copertina

Tra gli ultimi decenni del 1800 e i primi del '900, le industrie del farmaco trovarono nella pubblicità sui manifesti e sui giornali un ideale mezzo per raggiungere direttamente il pubblico. Il Thermogen - un'ovatta imbevuta in una soluzione di canfora e capsico (ottenuto dal peperoncino) - fu tra i prodotti più diffusi, raccomandato come rubefacente "contro le malattie articolari e i dolori di petto". In assenza di norme ufficiali ben precise sulla promozione dei farmaci, sia la composizione chimica che le stesse indicazioni cliniche del prodotto sfuggivano generalmente al controllo delle Autorità sanitarie, per cui la propaganda si basava non di rado su slogan altisonanti e non di rado ingannevoli



Noi e la crisi

di Eolo Parodi

La crisi esiste, purtroppo, e adesso, tutti insieme, dovremo cercare di vincerla.

Forse ne parliamo troppo, spaventiamo tutti, diamo quasi l'impressione di aver paura di noi stessi.

Ritengo perciò doveroso informarvi sulla nostra situazione patrimoniale, specie sul versante della salvaguardia e della sicurezza.

Lo ritengo giusto, anche alla luce di tutti i controlli e monitoraggi interni ed esterni che hanno osservato minuto per minuto la nostra situazione.

In realtà abbiamo difeso e protetto il nostro patrimonio in maniera direi molto soddisfacente. Non siamo stati colpiti, ma potevamo indirettamente temere ciò che in pratica non esiste. Come spesso accade la paura ha il sopravvento sulla realtà.

Insomma, oggi possiamo affermare di esser protetti e perciò consapevoli di aver dato anche un aiuto al "sistema Italia" investendo in titoli di Stato italiani, tedeschi, francesi e Bei che danno la tranquillità nella responsabilità e nella garanzia del patrimonio.

Teniamo presente che

non essendo stati mai esposti nell'"azionario" anche in questo settore abbiamo maggiori certezze.

Non voglio fare previsioni né affermare oggi quello che potrebbe essere smentito domani. Rimane, però, un nostro diritto dire che ci siamo comportati bene con una presenza attiva in ogni versante sia politico, sia economico e finanziario.

Penso che siamo consapevoli di aiutare non soltanto noi stessi, ma, insieme a tutti i professionisti, l'Italia.

Non lasciamoci spaventare perché nell'onestà abbiamo superato tanti e difficili ostacoli.

Stiamo lottando per il nostro futuro. •





di Mario Falconi (*)

Se il nostro martoriato paese non farà i conti, in via definitiva, con la questione morale e con l'ignoranza dilagante in molti campi compreso quello previdenziale, non avrà alcuna possibilità di sollevarsi e di competere degnamente ed efficacemente con gli altri paesi avanzati d'Europa.

A proposito di finti Savonarola scrivemmo alcuni anni fa un editoriale nel quale tra l'altro affermavamo:

“Le questioni morali non vanno più di moda. Finita la catarsi collettiva che ci stava per trasformare in un esercito di neo Savonarola, ormai sembra di essere tornati ai bei tempi del disincanto e del “così fan tutti”. Quel tizio è stato colto in fragrante a pagare o a ricevere una mazzetta? Mah, in fondo c'è il peggio. Quell'altro dirotta sul proprio conto finanziamenti pubblici per opere pie? Bah, terrà pure famiglia. E il tal altro manda in malora un'azienda gioiello fidando in qualche santo protettore? Beh, ci ha provato. Ecco, così, più o meno, sia-

mo tornati a pensare che vada il Mondo o almeno il nostro Paese. Bravissimo a bruciare eretici e malfattori in piazza quanto a dimenticare presto il perché e il per come e, soprattutto, incapace a cambiare registro e abitudini. O, peggio, come dicevano i nonni, tanto bravo a predicar quanto maldestro a praticar.”

Passano gli anni e l'immoralità diffusa, vero cancro della nostra società, continua la sua inesorabile espansione. Purtroppo si radica sempre più il concetto nella nostra società che l'onestà è la virtù degli sprovveduti e che per arrivare al grande palco dell'apparire più che dell'essere, si può impunemente ignorare e calpestare qualunque valore.

Un'altra grande criticità, molto diffusa, che produce a volta danni irreparabili, è il qualunqueismo imperante figlio molto spesso dell'ignoranza.

Un esempio illuminante in tal senso riguarda le politiche previdenziali ed in particolare la nostra Fondazione.

Purtroppo è un ritornello ricorrente dover ascoltare nelle sedi più varie, anche

I finti Savonarola e gli incalliti ignoranti

Le questioni morali non vanno più di moda, il qualunqueismo è imperante e spesso figlio dell'ignoranza. La nostra Fondazione per continuare ad essere leader fra tutte le Casse privatizzate ha bisogno di medici e odontoiatri sempre più formati ed informati

importanti personaggi del mondo medico e universitario, i quali affermano che l'Enpam destina loro pensioni della “Quota A” del Fondo Generale assolutamente miserevoli. Nessuno di loro si chiede mai a quanto ammontano i contributi complessivamente versati e quali importanti diritti l'Enpam riesce a garantire ai propri iscritti in nome e per conto della solidarietà.

Pur avendolo detto in tutte le salse, pochissimi si rendono conto invece della assoluta adeguatezza delle pensioni rimosse a fronte dei contributi versati e che la semplice iscrizione all'Ordine, senza aver mai versato un contributo, già è sufficiente per garantire una pensione per invalidità permanente che attualmente è di circa 1.150,00 € o di reversibilità per il proprio coniuge e i propri figli in caso di premorienza.

È del tutto evi-

dente che la nostra Fondazione per poter continuare a prosperare ed essere leader fra tutte le casse previdenziali privatizzate, oltre ad amministratori e personale, capaci ed onesti, ha bisogno contestualmente di azionisti (medici e odontoiatri) che siano sempre più formati ed informati e pronti a difenderla dagli strumentali attacchi che hanno quale inconsegnato obiettivo il proprio consistente patrimonio. •

(*) Vice presidente vicario Enpam



“Non soli, ma solidali”, il motto dei pensionati

Pensioni di annata: pensioni dannate.

Ogni giorno che passa il potere di acquisto delle nostre pensioni (naturalmente parliamo in generale non certo dell'Enpam) si assottiglia, pur avendo versato per tutta la vita lavorativa fior di contributi a valore reale. Le pensioni sono infatti un debito di valuta e non di valore: a fronte di un sacrificio contributivo a valore corrente durante la vita attiva, hanno come controprestazione somme che si svalutano nel tempo. Ora con la prima pensione si comprano 10 litri di latte, ma tra 7 o 8 anni quanto latte si potrà acquistare? Ogni anno, è vero, c'è una rivalutazione dell'assegno di pensione, detta pomposamente perequazione automatica, ma nel balletto delle tre Istat (quella programmata con decreto ministeriale a fine novembre, quella del costo vita calcolata mese per mese su un paniere irrealistico prestabilito, e quella, ahimè sempre ignorata, dei reali beni di consumo corrente) i pochi euro di aumento,

quando poi non vengono congelati per motivi di cassa, sono una goccia di acqua nell'oceano. Da anni è stata abolita la detrazione fissa ai fini fiscali ancorata alla titolarità dell'assegno di pensione e, ricordiamoci, al pensionato non sono possibili detrazioni per la produzione del reddito! Solo le cosiddette fasce deboli di coloro che percepiscono assegni sociali, cioè trattamenti per lo più non relativi a versamenti contributivi, ma per elargizioni

di solidarietà sociale, trovano alcuni sgravi fiscali. Queste ed altre notizie vengono anche confermate da “Leadership Medica” e da Doctor Ariete Salute.

Si dice che all'estero le pensioni sono più basse rispetto alle nostre, però va ricordato che anche i contributi sono più bassi, ma soprattutto sono assegni ancorati al potere di acquisto corrente, legati alle rendite retributive dei colleghi ancora in attività di servizio.

Altro aspetto iniquo è il ta-

glio delle pensioni indirette o di reversibilità del sistema obbligatorio della dipendenza pubblica e privata, taglio connesso alle rendite del coniuge superstite con una minimizzazione, davvero drammatica, del trattamento economico (si arriva quasi alla metà della metà!).

Diversi sono i provvedimenti che si dovrebbero discutere.

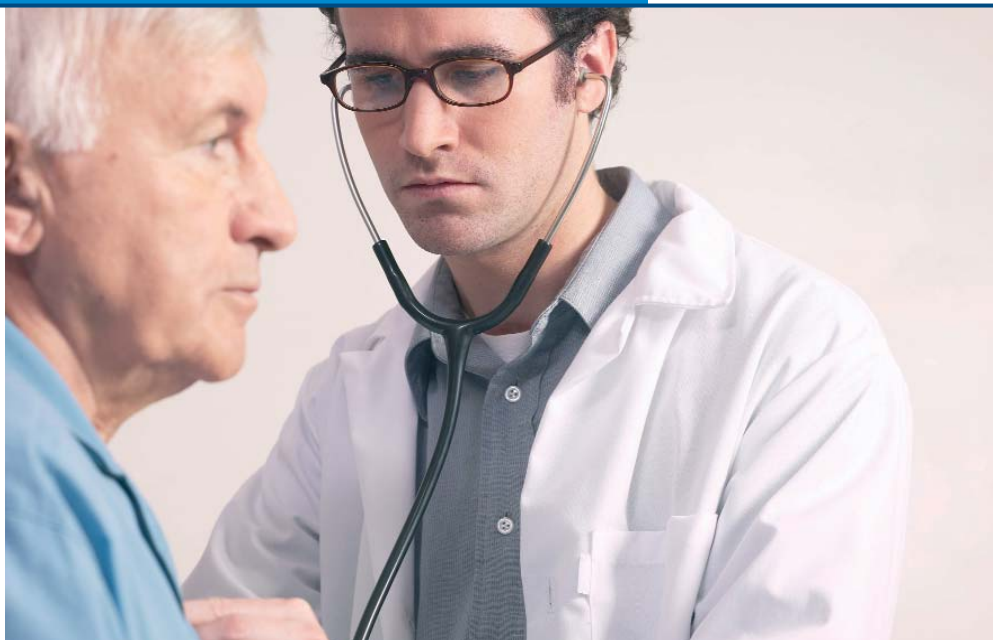
Ma subito che fare?

Non potendo le Casse previdenziali e lo Stato dare sostanziali aumenti, per poter aumentare il potere di acquisto dell'assegno di pensione si potrebbero riconoscere sconti sugli acquisti nei supermercati, sui canoni di luce, gas, acqua e telefono, sulle tariffe di trasporto, etc. a coloro che hanno compiuto l'età pensionabile (65 anni) cioè un ritorno alla famosa “carta d'argento” che dava diritto a sconti particolari su beni e servizi, ovviamente allargando il più possibile il pacchetto ai beni di consumo. I bisogni dei pensionati sono più veri. Le necessità più stringenti. Migliorare il presente, si può: uniti. “Non soli, ma solidali”, recita il nostro motto. Tutelare gli interessi e assistere i nostri soci e le loro famiglie, specialmente quando sono in difficoltà è la nostra missione. •

Informazioni: Federspev
tel. 06.3221087,
fax 06.3224383,
tel. ufficio stampa:
347.6843236
e-mail:
federspev@tisclinet.it
www.federspev.it.

**Tutelare gli interessi
e assistere i soci
e le loro famiglie
specialmente quando
sono in difficoltà**





Passo avanti sull'Accordo per la Medicina generale

La firma della preintesa relativa alla definizione dell'Accordo collettivo nazionale per la Medicina Generale per il 2006-2009 del 22 dicembre scorso ha portato alcune novità anche dal punto di vista previdenziale

di Alberto Oliveti

Per quanto riguarda l'assistenza primaria, la continuità assistenziale e l'emergenza sanitaria territoriale a far data dal 1° gennaio 2008 la **contribuzione previdenziale** su tutti i compensi percepiti dal medico convenzionato **è aumentata di un punto e mezzo**, passando dal 15% al 16,5%, nel rispetto puntuale dell'impostazione programmata in occasione del precedente rinnovo del 2005 di aumentare di mezzo punto percentuale all'anno la contribuzione obbligatoria

dei medici al proprio Fondo di previdenza.

Tale aumento al 16,5% è posto per un terzo - mezzo punto percentuale - a carico del medico mentre per i rimanenti due terzi - un punto percentuale - va a carico dell'Azienda, ridefinendo in tal modo la contribuzione nella misura del 6,125% a carico del medico su tutti i compensi previsti dall'accordo (quota trattenuta dall'Azienda sui compensi mensili percepiti dai propri medici) e per il 10,375% viene posta a carico diretto dell'Azienda (in quanto direttamente versata dall'Azienda alla

posizione previdenziale del titolare gestita dall'Enpam, senza risultare nell'imponibile fiscale del soggetto).

Si fa notare che nella preintesa firmata dai pediatri per il rinnovo del proprio ACN non si è parimenti concordato di aumentare la contribuzione previdenziale come per la Medicina Generale, creando quindi nel Fondo Speciale Enpam comune alle due categorie professionali una diversità di aliquota contributiva che indubbiamente determinerà una asimmetria sia nella contabilizzazione dei redditi e nel cal-

colo delle prestazioni per gli uffici della Fondazione, sia di omogenea definizione dei bilanci tecnici attuariali indispensabili a garantire nel tempo l'autonomia contabile e gestionale del nostro Ente.

Altro passaggio positivo non indifferente è che la SISAC con una apposita dichiarazione a verbale si è impegnata a collaborare con l'Enpam per **ridefinire** le modalità ed i termini del versamento dei contributi dovuti e dell'invio della relativa rendicontazione come richiesto dalla corretta imputazione sulla posizione previdenziale degli iscritti.

Ciò è stato proposto dalla parte sindacale ed ottenuto al tavolo della trattativa per tentare di arrivare ad una uniformazione dei tracciati record che le Aziende trasmettono alla Fondazione e che nella loro attuale diversità procurano difficoltà di corretta e tempestiva imputazione dei contributi sulle posizioni previdenziali dei medici interessati.

La disponibilità dimostrata dalla SISAC di farsi garante della questione tranquillizza sulla volontà di trovare una soluzione definitiva al problema.

Altro punto importante ottenuto dall'accordo sia della medicina generale che dalla pediatria, è stata l'introduzione della **flessibilità contributiva**, cioè della possibilità da parte dei medici di incrementare dal 1°

Ottenuta nell'Accordo l'introduzione della flessibilità contributiva

gennaio 2009 l'aliquota contributiva a loro carico per aumenti di punti interi percentuali fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si eserciterà al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio e resterà confermata negli anni successivi in assenza di comunicazioni di variazione da effettuarsi eventualmente sempre entro la stessa data.

Aver ottenuto questa possibilità di ampliare le mo-

dalità di integrazione volontaria della pensione con una autonoma flessibilità contributiva per i versamenti obbligatori, oltre che aumentare la tenuta del Fondo ed impattare positivamente sull'adeguatezza delle prestazioni, apre l'orizzonte ad una certa autonomia modulabilità del profilo contributivo del medico nel corso della sua carriera, permettendo minor o maggior differimento previdenziale a seconda delle esigenze e delle opportunità della sua attività professionale, specie in una proiezione futura in cui sempre più la professione verrà declinata al femminile, con tutte le problematiche di riduzione dei flussi contributivi a causa della maternità e degli impe-

gni di famiglia ad essa collegate.

Inoltre tale opzione facoltativa permette indubbiamente ai colleghi più lungimiranti di ottenere l'ottimizzazione del proprio trattamento previdenziale e fiscale, tamponando gli effetti negativi in termini di aspettative previdenziali dei ritardi con i quali vengono firmati i rinnovi convenzionali, e limitando l'assoggettamento all'aliquota fiscale marginale più elevata delle quote di arretrati riferibili ad anni diversi ed incassate in unica soluzione.

In conclusione, un intervento sul versante contributivo è stato fatto per garantire l'equilibrio nel tempo del Fondo, anche alla

luce delle risultanze dei recenti bilanci tecnici proiettati al 31-12-2006, e ci si sta adoperando sempre con la SISAC per poter dare una dinamica incrementale costante ai necessari aumenti di contributi che dovremo fare con i prossimi rinnovi, sperando di poter arrivare ad un 20% od a quanto risulterà necessario appunto in riferimento ai bilanci tecnici attuariali a disposizione.

Di certo le pensioni dovranno sempre risultare proporzionate ai contributi versati, ma calibrate sull'aspettativa di vita residua da pensionato del contribuente ed indicizzate nella maniera più favorevole possibile.

(*) *Consigliere Enpam*



La professione di medico è sempre più "rosa" e più giovane. E' quanto emerge da uno studio presentato in occasione di un convegno del Ci-

Giovani medici, sorpasso "rosa"

mo-Asmd (Coordinamento Italiano Medici Ospedalieri) sulle donne medico come forza nuova per la sanità pubblica nel prossimo decennio. Oggi le donne medico sono il 35% del totale, ma considerando il dato disaggregato emerge che rappresentano il 54% della forza lavoro medica nella fascia di età compresa tra i 35 e i 44 anni. Le statistiche si tingono ancora più

di rosa per la fascia di età tra i 25 e i 34 anni, dove le donne rappresentano il 65% del totale.

Un passaggio definito "epocale" al quale, però, le donne pagano un prezzo molto alto, la rinuncia alla famiglia. Questo il quadro emerso dall'incontro organizzato dal Cimo-Asmd sulle prospettive del prossimo decennio, rispetto alla presenza delle donne nel settore. Restano da

sciogliere alcuni nodi ancora irrisolti, come quello della tutela della maternità e della presenza delle donne ai livelli dirigenziali.

Le donne sono più presenti in specializzazioni definite più gestibili in termini di flessibilità, come la pediatria (60%), l'allergologia (54%), l'ematologia (51%) e la dermatologia (47%), mentre sono poco rappresentate nella cardiocirurgia (11%) e nell'ortopedia (11%) e soprattutto ai più alti livelli dirigenziali. Nella sanità pubblica su 10 dirigenti, 3 sono donne e su 10 primari solo uno è una donna. •

Fondi di previdenza e calcolo dei trattamenti

Pubblichiamo, per gli iscritti che vogliono procedere personalmente al calcolo dei trattamenti previdenziali maturati, le tabelle che gli uffici utilizzano per determinare le pensioni a carico del Fondo generale e dei Fondi speciali

di Ernesto Del Sordo (*)

Come di consueto all'inizio dell'anno veniamo incontro alle richieste dei numerosi iscritti che vogliono procedere personalmente al calcolo dei trattamenti previdenziali maturati, pubblicando le tabelle che saranno utilizzate dagli uffici per determinare le Pensioni a carico del Fondo di Previdenza Generale e dei Fondi Speciali, aventi decorrenza nell'anno 2009.

Quest'anno l'incremento percentuale rilevato dall'indice Istat dei "prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" si è attestato al **3,23%**, contro l'1,72% del 2007, registrando l'aumento massimo degli ultimi dodici anni.

Alla luce di quanto disposto dalla normativa regolamentare dei Fondi, sono state quindi aggiornate le tabelle per il calcolo dei trattamenti previdenziali. Si fa presente che, sulla base della medesima rilevazione, viene effettuata, con decorrenza dal 1° gennaio 2009, anche la rivalutazione delle pensioni in godimento al 31 dicembre 2008 a carico del Fondo

di Previdenza Generale "Quota A" e "Quota B" e dei Fondi Speciali. La rivalutazione è applicata sull'importo complessivo delle prestazioni erogate a ciascun iscritto da tutti i Fondi di previdenza gestiti dall'Enpam, nella seguente misura:

- 75% dell'incremento percentuale dell'indice Istat (corrispondente per quest'anno al **2,42%**), fino al limite di quattro volte il trattamento minimo a carico del Fondo pensioni per i lavoratori dipendenti (e cioè, per il 2009, sino al limite di euro 23.065,12 annui lordi corrispondenti al quadruplo del trattamento minimo Inps per l'anno 2008);
- 50% dell'incremento dell'indice Istat (corrispondente per quest'anno all'**1,62%**), oltre tale limite.

Per il calcolo delle prestazioni erogate dal Fondo di Previdenza dei Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta e addetti ai Servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale, si dovrà fare riferimento alla **tabella n. 1**, contenente i coefficienti di rivalutazione al

100% dei compensi percepiti dal medico. L'art. 7, comma 4, del Regolamento del Fondo prevede infatti che, per la determinazione della base pensionabile, il reddito percepito in ciascun anno, ricostruito dai contributi accreditati anno per anno a nome del medico venga rivalutato in base al 100% dell'incremento percentuale registrato dall'indice Istat dei prezzi al consumo tra l'anno cui si riferiscono i contributi stessi e quello che precede l'anno di decorrenza della pensione. Tali compensi rivalutati devono essere, quindi, sommati ed il risultato diviso per il numero di anni di contribuzione effettiva al Fondo, ovvero ricongiunta, ove non coincidente.

La tabella n. 1 viene anche utilizzata per il calcolo dei trattamenti liquidati dal Fondo Specialisti Ambulatoriali con il medesimo sistema del Fondo dei Medici di Medicina Generale; ciò accade quando la data di cessazione del rapporto sia anteriore di più di 10 anni rispetto a quella di decorrenza della pensione.

La **tabella n. 2** si riferisce al calcolo previsto dall'art.

8, comma 2, del Fondo Ambulatoriali e viene applicata alle posizioni di quei Sanitari che, benché cessati dal rapporto professionale, hanno dovuto attendere, per richiedere il trattamento di loro spettanza, il raggiungimento di una delle seguenti condizioni:

- 65 anni di età;
- 30 anni di anzianità di laurea, 58 anni di età e 35 anni di contribuzione (raggiunti con il cumulo dell'anzianità contributiva maturata presso un Fondo Speciale diverso da quello cessato, ovvero con la ricongiunzione di altra posizione previdenziale obbligatoria);
- 40 anni di contribuzione e 30 anni di anzianità di laurea, con qualunque età;
- sopravvenuta invalidità permanente.

In questi casi, ai sensi dell'art. 8 comma 2, del Regolamento del Fondo Ambulatoriali, la prestazione di competenza viene calcolata sulla base della normativa in vigore all'atto della cessazione e viene successivamente maggiorata, mediante i coefficienti

(segue a pag. 8)

Tabella 1 relativa alla rivalutazione dei compensi ai sensi dell'art. 7, comma 4 del Regolamento del Fondo Medici di Medicina Generale (approvato con D.M. 4/4/85 e successive modifiche) e ai sensi dell'art. 8, comma 7 del regolamento del Fondo Specialisti Ambulatoriali (approvato con D.M. 14.06.1983 e successive modifiche)

Decorrenza pensione anno 2009	
Anno riferimento contributi	Coefficiente di rivalutazione al 100% dei compensi
1947	35,1045
1948	33,1550
1949	32,6761
1950	33,1208
1951	30,1886
1952	28,9583
1953	28,4052
1954	27,6615
1955	26,9062
1956	25,6309
1957	25,1453
1958	23,9956
1959	24,0964
1960	23,4731
1961	22,8064
1962	21,6997
1963	20,1827
1964	19,0530
1965	18,2597
1966	17,9014
1967	17,5504
1968	17,3295
1969	16,8563
1970	16,0407
1971	15,2768
1972	14,4641
1973	13,1051
1974	10,9717
1975	9,3641
1976	8,0364
1977	6,8048
1978	6,0515
1979	5,2286
1980	4,3160
1981	3,6361
1982	3,1253
1983	2,7179
1984	2,4579
1985	2,2632
1986	2,1331
1987	2,0390
1988	1,9427
1989	1,8223
1990	1,7175
1991	1,6140
1992	1,5312
1993	1,4695
1994	1,4139
1995	1,3420
1996	1,2916
1997	1,2696
1998	1,2472
1999	1,2278
2000	1,1971
2001	1,1659
2002	1,1383
2003	1,1109
2004	1,0893
2005	1,0710
2006	1,0501
2007	1,0323
2008	1,0000
2009	1,0000

Tabella 2 relativa alla rivalutazione delle prestazioni ai sensi dell'art. 8, comma 2 del Regolamento del Fondo Specialisti Ambulatoriali, approvato con D.M. 14.06.1983 e successive modificazioni

Decorrenza del trattamento anno 2009	
Anno di cessazione	Coefficiente di rivalutazione al 100%
1961	23,4731
1962	22,8064
1963	21,6997
1964	20,1827
1965	19,0530
1966	18,2597
1967	17,9014
1968	17,5504
1969	17,3295
1970	16,8563
1971	16,0407
1972	15,2768
1973	14,4641
1974	13,1051
1975	10,9717
1976	9,3641
1977	8,0364
1978	6,8048
1979	6,0515
1980	5,2286
1981	4,3160
1982	3,6361
1983	3,1253
1984	2,7179
1985	2,4579
1986	2,2632
1987	2,1331
1988	2,0390
1989	1,9427
1990	1,8223
1991	1,7175
1992	1,6140
1993	1,5312
1994	1,4695
1995	1,4139
1996	1,3420
1997	1,2916
1998	1,2696
1999	1,2472
2000	1,2278
2001	1,1971
2002	1,1659
2003	1,1383
2004	1,1109
2005	1,0893
2006	1,0710
2007	1,0501
2008	1,0323
2009	1,0000

ti riportati nella tabella n. 2, del 100% dell'indice Istat per ciascun anno trascorso dall'anno che precede quello della cessazione del rapporto all'anno che precede quello di decorrenza della pensione. Per i trattamenti erogati dal Fondo di Previdenza degli Specialisti Esterni si deve, invece, ricorrere alla **tabella n. 3**, ai sensi dell'art. 7 comma 4 del Regolamento in vigore.

Tale disciplina prevede infatti, ai fini della determinazione della retribuzione media annua di base, che il compenso relativo a ciascun anno di contribuzione effettiva venga rivalutato, come per il Fondo dei Medici di Medicina Generale, in base all'incremento percentuale dell'indice Istat. Tale rivalutazione si applica integralmente per la fascia di reddito annuo compresa entro 75 milioni di vecchie lire corrispondenti ad euro 38.734,27, mentre, per la parte eccedente tale importo, si applica nella misura del 75%.

La **tabella n. 4** si riferisce al calcolo delle prestazioni della Quota "A" del Fondo di previdenza Generale e del Fondo della Libera Professione Quota "B" del Fondo Generale. Lo sviluppo del calcolo della Quota "A" e della Quota "B" di pensione è molto simile a quello sopra illustrato per il conteggio della pensione del Fondo dei Medici di Medicina Generale. Anche in questo caso occorre ricostruire la media dei reddi-

ti annui corrispondenti ai contributi versati, previa rivalutazione pari all'incremento dell'indice Istat del costo della vita dall'anno di riferimento dei contributi all'anno che precede quello del pensionamento. Per la "Quota A" la rivalutazione è sempre pari al 75% dell'incremento percentuale registrato dall'indice Istat dei prezzi al consumo tra l'anno cui si riferiscono i contributi stessi e quello che precede l'anno di decorrenza della pensione. Per la Quota "B", relativamente ai redditi professionali prodotti sino al 1997 compreso, la rivalutazione è effettuata in misura pari al 100% dell'incremento. A partire dal 1998 il Regolamento del Fondo prevede che la rivalutazione dei redditi, sia per la Quota "A" che per la Quota "B" venga effettuata nella misura del 75% dell'indice Istat.

La **tabella n. 5** riporta, con riferimento al Fondo della Libera Professione - Quota "B" del Fondo Generale, sulla base dell'indice di rivalutazione di cui sopra (**3,23%**), nella prima parte, per gli anni di reddito dal 2000 al 2008, il limite di reddito libero professionale oltre il quale è dovuto il contributo dell'1% (anziché quello ordinario del 12,50% ovvero quello ridotto al 2%); nella seconda parte, per gli anni dal 2000 al 2009, l'importo del reddito virtuale già coperto dal contributo minimo obbligatorio alla Quota "A" del

Tabella 3 relativa alla rivalutazione dei compensi ai sensi dell'art. 7, comma 4 del Regolamento del Fondo Specialisti Esterni, approvato con D.M. 19.06.1992 e successive modificazioni

Decorrenza pensione anno 2009		
Anno riferimento contributi	Coefficiente di rivalutazione al 100%	Coefficiente di rivalutazione al 75%
1947	35,1045	26,5712
1948	33,1550	25,1041
1949	32,6761	24,7365
1950	33,1208	25,0594
1951	30,1886	22,8632
1952	28,9583	21,9510
1953	28,4052	21,5462
1954	27,6615	20,9861
1955	26,9062	20,4210
1956	25,6309	19,4599
1957	25,1453	19,1015
1958	23,9956	18,2377
1959	24,0964	18,3100
1960	23,4731	17,8347
1961	22,8064	17,3386
1962	21,6997	16,5086
1963	20,1827	15,3733
1964	19,0530	14,5302
1965	18,2597	13,9414
1966	17,9014	13,6728
1967	17,5504	13,4096
1968	17,3295	13,2406
1969	16,8563	12,8866
1970	16,0407	12,2731
1971	15,2768	11,7002
1972	14,4641	11,0927
1973	13,1051	10,0705
1974	10,9717	8,4741
1975	9,3641	7,2662
1976	8,0364	6,2717
1977	6,8048	5,3479
1978	6,0515	4,7851
1979	5,2286	4,1694
1980	4,3160	3,4864
1981	3,6361	2,9765
1982	3,1253	2,5944
1983	2,7179	2,2886
1984	2,4579	2,0932
1985	2,2632	1,9473
1986	2,1331	1,8497
1987	2,0390	1,7793
1988	1,9427	1,7065
1989	1,8223	1,6163
1990	1,7175	1,5377
1991	1,6140	1,4602
1992	1,5312	1,3982
1993	1,4695	1,3519
1994	1,4139	1,3106
1995	1,3420	1,2562
1996	1,2916	1,2184
1997	1,2696	1,2023
1998	1,2472	1,1854
1999	1,2278	1,1709
2000	1,1971	1,1479
2001	1,1659	1,1244
2002	1,1383	1,1037
2003	1,1109	1,0832
2004	1,0893	1,0669
2005	1,0710	1,0533
2006	1,0501	1,0375
2007	1,0323	1,0242
2008	1,0000	1,0000
2009	1,0000	1,0000

Tabella 4 relativa alla rivalutazione dei redditi ai sensi dell'art. 18, comma 4 del Regolamento del Fondo di previdenza generale (Quota A e B) in vigore dal 1° Gennaio 1998

Decorrenza pensione anno 2009		
Anno riferimento contribuiti	Coefficiente di rivalutazione al 100% Quota B	Coefficiente di rivalutazione al 75% Quota A e (Quota B dal 01.01.1998)
1947		26,5712
1948		25,1041
1949		24,7365
1950		25,0594
1951		22,8632
1952		21,9510
1953		21,5462
1954		20,9861
1955		20,4210
1956		19,4599
1957		19,1015
1958		18,2377
1959		18,3100
1960		17,8347
1961		17,3386
1962		16,5086
1963		15,3733
1964		14,5302
1965		13,9414
1966		13,6728
1967		13,4096
1968		13,2406
1969		12,8866
1970		12,2731
1971		11,7002
1972		11,0927
1973		10,0705
1974		8,4741
1975		7,2662
1976		6,2717
1977		5,3479
1978		4,7851
1979		4,1694
1980		3,4864
1981		2,9765
1982		2,5944
1983		2,2886
1984		2,0932
1985		1,9473
1986		1,8497
1987		1,7793
1988		1,7065
1989		1,6163
1990	1,7175	1,5377
1991	1,6140	1,4602
1992	1,5312	1,3982
1993	1,4695	1,3519
1994	1,4139	1,3106
1995	1,3420	1,2562
1996	1,2916	1,2184
1997	1,2696	1,2023
1998		1,1854
1999		1,1709
2000		1,1479
2001		1,1244
2002		1,1037
2003		1,0832
2004		1,0669
2005		1,0533
2006		1,0375
2007		1,0242
2008		1,0000
2009		1,0000

Fondo Generale, sul quale non è quindi dovuta la contribuzione alla Quota "B". Va precisato che, a termini di regolamento, i contributi minimi obbligatori sono rivalutati in base alla variazione per-

centuale dell'indice Istat riscontrata tra il mese di giugno 2008 e il mese di giugno 2007.

Nella **tabella n. 6** (pag. 10) è riportato, assieme a quelli degli anni precedenti, il nuovo importo del

Tabella 5 relativa alla rivalutazione dei redditi, ai sensi dell'art. 3, comma 8 del Regolamento del Fondo di Previdenza Generale.

Limite reddito libero professionale anno 2000	€ 43.640,61
Limite reddito libero professionale anno 2001	€ 44.810,18
Limite reddito libero professionale anno 2002	€ 45.899,07
Limite reddito libero professionale anno 2003	€ 47.028,19
Limite reddito libero professionale anno 2004	€ 47.964,05
Limite reddito libero professionale anno 2005	€ 48.779,44
Limite reddito libero professionale anno 2006	€ 49.755,03
Limite reddito libero professionale anno 2007	€ 50.612,82
Limite reddito libero professionale anno 2008	€ 52.245,55

	Reddito virtuale già assoggettato al contributo minimo obbligatorio	
	Medici infraquarantenni e ultraquarantenni assoggettati a contribuzione ridotta	Medici ultraquarantenni
Anno 2000	€ 4.301,05	€ 8.007,15
Anno 2001	€ 4.416,74	€ 8.221,99
Anno 2002	€ 4.544,80	€ 8.460,40
Anno 2003	€ 4.649,36	€ 8.654,96
Anno 2004	€ 4.838,96	€ 8.936,64
Anno 2005	€ 4.945,44	€ 9.133,28
Anno 2006	€ 5.024,56	€ 9.279,44
Anno 2007	€ 5.130,08	€ 9.474,32
Anno 2008	€ 5.212,16	€ 9.625,92
Anno 2009	€ 5.410,22	€ 9.991,70

trattamento minimo che l'Ente corrisponde, in presenza dei prescritti requisiti, all'atto del verificarsi degli eventi di invalidità assoluta e permanente e di premorienza.

Nella **tabella n. 7** è riportata la successione temporale, sino al 2008 compreso, dei diversi importi mensili lordi dei trattamenti minimi Enpam, calcolati alla luce del corrispondente trattamento minimo Inps. A tale pro-

posito, occorre considerare che la Fondazione eroga le prestazioni pensionistiche in 12 mensilità, anziché in 13 come l'Inps, e quindi la mensilità in meno viene ridistribuita sulle altre 12.

La **tabella n. 8** riporta la serie storica, a partire dal 2000, del reddito minimo e massimo ai fini della determinazione dell'indennità di maternità. Com'è noto, l'indennità di maternità è oggi pari ai cinque

dodicesimi dell'80% del solo reddito professionale percepito e denunciato ai fini fiscali come reddito da lavoro autonomo dalla professionista iscritta alla Fondazione nel secondo anno anteriore a quello dell'evento.

La **tabella n. 9** riporta, a partire dal 2000, la soglia di retribuzione oltre la quale i lavoratori dipendenti sono tenuti a pagare un contributo aggiuntivo pari ad un punto percentuale del loro compenso. Ai fini Enpam, questa soglia rileva ai fini del calcolo delle prestazioni per gli iscritti transitati a rapporto di impiego (ex continuità assistenziale, emergenza territoriale, medicina dei servizi, specialistica ambulatoriale).

Nella **tabella n. 10** sono indicate le percentuali da applicare per la rivalutazione delle pensioni. Come si è specificato più sopra, il 75% dell'incremento percentuale fatto registrare nell'anno di riferimento dal numero indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati è applicato fino ad un importo pari a quattro volte il trattamento minimo Inps, mentre oltre tale limite si applica il 50% della suddetta variazione. Le **tabelle nn. 11 e 12** riguardano la rivalutazione dei limiti di reddito e degli importi, con riferimento rispettivamente alle prestazioni assistenziali liquidate dal Fondo di previdenza generale (tabella 11) e delle prestazioni assistenziali aggiuntive del Fondo

della libera professione – “Quota B” del Fondo generale (tabella 12). Infatti, il Consiglio di Amministrazione dell'Enpam, nei nuovi Regolamenti di Assistenza in vigore dal 1° febbraio 2007, considerando congrui gli importi fissati in tale occasione, per evitare di dover periodicamente intervenire sulla loro entità per mantenerne intatta la valenza assistenziale, ha ritenuto di prevedere la loro indicizzazione annuale.

Si ricorda che al fine della concessione delle prestazioni assistenziali, il reddito complessivo di qualsiasi natura del nucleo familiare, riferito all'anno precedente, non deve essere superiore a sei volte l'importo del trattamento minimo Inps nel medesimo anno (importo di cui al primo punto di entrambe le tabelle). Tale limite è aumentato di un sesto per ogni componente il nucleo familiare, escluso il richiedente.

Per quanto riguarda le prestazioni aggiuntive del Fondo della libera professione (tabella 12), si precisa infine che esse sono riservate agli iscritti attivi ed ai pensionati di tale Fondo (anche con un importo minimo), nonché ai loro superstiti.

Si intendono iscritti attivi i medici e gli odontoiatri che abbiano contribuito alla gestione per almeno un anno nel triennio anteriore alla presentazione della domanda.

(*) Vice direttore generale Enpam

Tabella 6 Trattamento pensionistico annuo minimo ai sensi dell'art. 20, comma 8 del Regolamento del Fondo di previdenza Generale

Anno	Importo trattamento annuo minimo
1998	€ 10.845,59
1999	€ 11.040,81
2000	€ 11.215,26
2001	€ 11.502,37
2002	€ 11.810,63
2003	€ 12.097,63
2004	€ 12.395,23
2005	€ 12.641,89
2006	€ 12.856,81
2007	€ 13.113,95
2008	€ 13.339,51
2009	€ 13.770,38

Tabella 7 Importo dell'integrazione erogata dall'E.N.P.A.M. sulla base del trattamento minimo INPS

Anno	Importo annuale	Importo mensile
2000	€ 4.840,08	€ 403,34
2001	€ 4.970,67	€ 414,22
2002	€ 5.104,97	€ 425,41
2003	€ 5.227,43	€ 435,62
2004	€ 5.358,08	€ 446,51
2005	€ 5.460,26	€ 455,02
2006	€ 5.558,54	€ 463,21
2007	€ 5.669,82	€ 472,49
2008	€ 5.766,28	€ 480,52
2009	€ 5.956,60	€ 496,38

Tabella 8 Importo annuo dell'indennità di maternità, ex art. 70 e seguenti del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151

Anno	Importo minimo mensile Inps per indennità di maternità	Reddito lordo annuo minimo valutabile	Reddito lordo annuo massimo valutabile GU n. 251 del 28/10/2003
2000	€ 372,31	€ 11.035,38	
2001	€ 381,61	€ 11.310,92	
2002	€ 392,69	€ 11.639,27	
2003	€ 402,11	€ 11.918,54	€ 59.592,70
2004	€ 412,16	€ 12.216,84	€ 61.084,20
2005	€ 420,16	€ 12.448,80	€ 62.244,00
2006	€ 427,58	€ 12.673,44	€ 63.367,20
2007	€ 436,14	€ 12.927,19	€ 64.635,95
2008	€ 443,56	€ 13.147,68	€ 65.738,40
2009	€ 458,20	€ 13.581,36	€ 67.906,80

Tabella 9 Quota di retribuzione soggetta all'aliquota aggiuntiva di un punto percentuale ex art. 3-ter della legge 14.11.1992, n. 438, per gli iscritti transitati a rapporto d'impiego

Anno	Limite della prima fascia di retribuzione pensionabile
2000	€ 34.253,49
2001	€ 35.143,86
2002	€ 36.093,00
2003	€ 36.959,00
2004	€ 37.883,00
2005	€ 38.641,00
2006	€ 39.297,00
2007	€ 40.083,00
2008	€ 40.772,00
2009	* € 42.089,00

* Dato presuntivo, in attesa di comunicato ufficiale dell'Inpdap

Tabella 10 relativa alla rivalutazione delle pensioni ai sensi dell'art.26, comma 1 del regolamento del Fondo di Previdenza Generale e ai sensi dell'art.5, comma 2 dei regolamenti dei Fondi Speciali di Previdenza.

Anno	4 volte il trattamento minimo Inps 2006	Istat 75%	Istat 50%
2007	€ 22.234,16	1,5%	1%
2008	€ 22.679,28	1,29%	0,86%
2009	€ 23.065,12	2,42%	1,62%

Tabella 11 relativa alla rivalutazione delle prestazioni assistenziali del Fondo di Previdenza Generale

	2007	2008	2009
Limite di reddito (6 volte trattamento minimo INPS anno)	€ 34.018,92	€ 34.597,68	€ 35.739,60
Misura prestazioni straordinarie (art. 2, co. 3)	€ 7.000,00	€ 7.120,40	€ 7.350,39
Limite di reddito per prestazioni casi eccezionali (art. 2, co. 6)	€ 12.000,00	€ 12.206,40	€ 12.600,67
Importo massimo prestazioni per casi eccezionali (art. 2, co. 6)	€ 5.000,00	€ 5.086,00	€ 5.250,28
Contributo per ospitalità in casa di riposo (art. 4, co. 3)	€ 50,00	€ 50,86	€ 52,50
Contributo per assistenza domiciliare (art. 5, co. 4)	€ 500,00	€ 508,60	€ 525,03
Misura massima prestazioni una tantum calamità naturali (art. 6, co. 3)	€ 15.000,00	€ 15.258,00	€ 15.750,83
Limite massimo rimborso interessi su mutui per calamità naturali (art. 6, co. 3)	€ 8.000,00	€ 8.137,60	€ 8.400,44

Tabella 12 relativa alla rivalutazione delle prestazioni assistenziali aggiuntive del Fondo della Libera Professione - "Quota B" del Fondo Generale

	2007	2008	2009
Limite di reddito (6 volte trattamento minimo INPS)	€ 34.018,92	€ 34.597,68	€ 35.739,60
Misura prestazioni mensili per invalidità temporanea (art. 2, co. 5)	€ 2.100,00	€ 2.136,12	€ 2.205,12
Misura prestazioni giornaliere per invalidità temporanea (art. 2, co. 5)	€ 70,00	€ 71,20	€ 73,50
Misura massima prestazioni aggiuntive di invalidità (art. 3, co. 1)	€ 4.000,00	€ 4.068,80	€ 4.200,22
Maggiorazione contributi assistenza domiciliare (art. 4, co. 1)	€ 250 (50% di € 500)	€ 254,30	€ 262,51
Misura massima "una tantum" aggiuntiva per calamità naturali (art. 5, co. 3)	€ 4.500 (30% di € 15.000)	€ 4.577,40	€ 4.725,25
Misura massima "una tantum" aggiuntiva per rimborso interessi su mutui per calamità naturali (art. 5, co. 3)	€ 2.400 (30% di € 8.000)	€ 2.441,28	€ 2.520,13

Riscossione contributo

"Quota A" 2009

di Vittorio Pulci (*)

La tutela previdenziale del *Fondo di Previdenza Generale* è garantita a tutti i medici e gli odontoiatri iscritti ai rispettivi Albi professionali. Il finanziamento delle prestazioni previdenziali ed assistenziali erogate da tale Fondo è assicurato dal versamento di un contributo minimo dovuto in misura fissa per fasce di età. Tale contributo confluisce presso una apposita gestione, denominata "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale.

Gli importi che saranno posti in riscossione nel corso dell'anno 2009 sono i seguenti:

€ 185,66 annui (€ 15,47 mensili) per tutti gli iscritti fino al compimento del 30° anno di età;

€ 360,38 annui (€ 30,03 mensili) per tutti gli iscritti dal compimento del 30° anno di età fino al compimento del 35° anno di età;

€ 676,28 annui (€ 56,36 mensili) per tutti gli iscritti dal compimento del 35° anno di età fino al compimento del 40° anno di età;

€ 1.248,96 annui (€ 104,08 mensili) per tutti gli iscritti dal compimento del 40° anno di età fino al compimento del 65° anno di età.

€ 676,28 annui (€ 56,36 mensili) per gli iscritti ammessi, entro il 31 dicem-

bre 1989, al beneficio della contribuzione ridotta "Quota A", in quanto forniti di diversa copertura previdenziale obbligatoria. Oltre agli importi sopra elencati, tutti gli iscritti sono tenuti a corrispondere un contributo annuo di **€ 38,00** (€ 3,17 mensili) per la copertura dell'onere derivante dalle indennità di maternità, aborto, adozione e affidamento preadottivo erogate dall'Enpam. L'incarico di riscuotere su tutto il territorio nazionale i suddetti contributi, a decorrere dall'anno 2001, è stato affidato ad Equitalia Esatri S.p.A. che a tal fine provvede a trasmettere al domicilio degli iscritti i relativi bollettini di pagamento RAV.

Gli importi dovuti possono essere versati in un'unica soluzione entro il 30 aprile dell'anno di riferimento del contributo ovvero in quattro rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre e 30 novembre. Il recupero degli

eventuali importi non corrisposti entro i termini è effettuato mediante iscrizione a ruolo e notifica della corrispondente cartella di pagamento.

Il mancato ricevimento del bollettino non esonera dal pagamento del contributo. In tal caso, al fine di ottenere le istruzioni necessarie per provvedere al versamento, deve essere tempestivamente inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A. (tramite i canali telematici indicati sul sito www.taxtel.it) un'apposita istanza nella quale devono essere indicati il nome, il cognome, il codice fiscale e l'indirizzo dell'interessato.

Si evidenzia, inoltre, che da quest'anno sarà attivato un nuovo servizio per gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it. Tali iscritti, infatti, potranno reperire direttamente un duplicato del bollettino RAV, accedendo all'Area riservata del sito della Fondazione. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito.

Al fine di evitare i disagi connessi al mancato ricevimento o allo smarrimento dei bollettini, si ricorda che i predetti obblighi contributivi possono essere assolti chiedendo la **domiciliazione del relativo pagamento mediante ad-**

debito permanente in conto corrente bancario (procedura RID).

Per poter usufruire della domiciliazione bancaria è sufficiente compilare il modulo allegato ai bollettini RAV per il pagamento del contributo e trasmetterlo ad Equitalia ESATRI S.p.A. secondo le modalità indicate da tale società. Il modulo RID, quindi, non deve essere presentato alla propria banca, ma deve essere inoltrato direttamente al predetto Agente della riscossione.

Per il servizio offerto, la commissione richiesta da Equitalia ESATRI S.p.A. è di € 2,07 per addebito. Si rammenta, infine, che i contributi previdenziali sono integralmente deducibili dal reddito complessivo, ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. e) del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR).

Sul retro della sezione di versamento dei bollettini RAV è all'uopo indicata la descrizione "Trib. 539 Previdenza Enpam 2009". Il pagamento del contributo mediante il servizio RID potrà essere comprovato dagli addebiti riportati negli estratti di conto corrente inviati dalla banca e da un riepilogo annuale dei pagamenti intervenuti che Equitalia ESATRI S.p.A. invierà a mezzo posta, in tempo utile per gli adempimenti fiscali.

(*) *Dirigente Enpam*

**Domiciliazione
del pagamento
mediante addebito
permanente in conto
corrente bancario**

Riscatto di allineamento per i liberi professionisti

di Paolo Oriana (*)

Come accennato in un precedente articolo, pubblicato sul numero 5 dello scorso anno del *Giornale della Previdenza*, i colleghi iscritti al Fondo della Libera Professione – “Quota B” del Fondo Generale sono sovente interessati ad effettuare versamenti contributivi aggiuntivi rispetto a quelli obbligatori al fine di ottenere un duplice obiettivo:

- conseguire, al compimento del 65° anno di età, un **trattamento pensionistico maggiore**;
- beneficiare immediatamente della integrale deducibilità fiscale riconosciuta agli importi versati facoltativamente alle forme pensionistiche obbligatorie (art. 10, comma 1, lettera e, del Testo Unico delle Imposte sui Redditi, D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917).

Gli strumenti che, a tali fini, il Regolamento del Fondo Generale pone a disposizione degli iscritti sono molteplici: riscatto dei periodi di studio universitario (laurea, specializzazione), del servizio militare, del periodo di attività precontributiva (prima del 1990 per i chirurghi, prima del 1995 per i laureati in Odontoiatria), riscatto di allineamento contributivo. Mi pare opportuno, in questa sede, descrivere nel dettaglio le caratteristiche del *Riscatto di Allineamento* che,

per la sua estrema flessibilità e i requisiti di accesso particolarmente ampi sta riscattando un notevole favore fra i colleghi. Con tale riscatto, infatti, è possibile allineare tutti gli importi corrisposti in precedenza al contributo “Quota B” più elevato fra quelli versati negli ultimi tre anni.

In pratica, a seguito della relativa domanda, gli Uffici determinano l'effettivo incremento di pensione conseguibile con il riscatto e provvedono a comunicarlo all'interessato. Nella proposta trasmessa viene specificato sia l'onere dovuto dall'iscritto in caso di allineamento dell'intera posizione contributiva, sia il costo per incrementare il trattamento pensionistico di 1.000 euro lordi l'anno (ad esempio 7.000 euro; tale costo dipende dall'età, dall'anzianità contributiva e dal sesso del richiedente – **v. riquadro esemplificativo**).

In tal modo ogni professionista può liberamente graduare – in base alle peculia-

Il pagamento dell'onere di riscatto può essere effettuato in unica soluzione oppure in rate semestrali

ri esigenze economiche e familiari – le risorse da dedicare alla propria previdenza, conoscendone il relativo rapporto costo/beneficio. Egli, infatti, potrà scegliere di allineare l'intera posizione contributiva, ovvero potrà optare per un allineamento parziale, indicando l'effettivo beneficio in termini pensionistici che vuole conseguire (ad esempio 5.000 euro lordi annui). In tale ultimo caso il costo dell'operazione è determinato da una semplice operazione: costo per incrementare di 1.000 euro la pensione X incremento richiesto = costo del riscatto (nell'esempio $7.000 \times 5 = 35.000$).

Il pagamento dell'onere di ri-

scatto può essere effettuato in unica soluzione oppure in rate semestrali. In tal caso l'importo dovuto è maggiorato, in ragione di anno, dell'interesse legale pro-tempore vigente. La durata della rateazione massima consentita corrisponde al numero degli anni riscattati aumentato del 50%, e, comunque, deve essere contenuta entro il compimento del 70° anno di età.

I requisiti per l'accesso al riscatto di allineamento sono:

- avere maturato almeno 5 anni di anzianità contributiva presso la “Quota B” del Fondo di Previdenza Generale, di cui 1 nel triennio antecedente la domanda;
- contribuire al Fondo con l'aliquota ordinaria del 12,50%;
- avere meno di 70 anni;
- non aver rinunciato da meno di 2 anni allo stesso riscatto ed essere in regola con il pagamento di precedenti riscatti.

È importante ricordare che tutte le domande di riscatto presentate all'Enpam non sono vincolanti. In altri termini, se la proposta di riscatto trasmessa dagli Uffici non risulta interessante, il collega che intende non accettarla deve semplicemente non rispondere all'Enpam il relativo modulo di adesione: il riscatto, decorso il termine indicato nella proposta senza che sia pervenuta all'Ente un'accettazione totale o parziale, si intenderà tacitamente rinunciato senza alcun ulteriore onere a carico dell'iscritto.

(*) Consigliere Enpam

Tipologia iscritto	Costo per incrementare di 1.000 euro la pensione
Iscritto maschio con 5 anni di anzianità contributiva e 30 anni di età	circa euro 6.740
Iscritta femmina con 10 anni di anzianità contributiva e 40 anni di età	circa euro 8.160
Iscritto maschio con 20 anni di anzianità contributiva e 50 anni di età	circa euro 9.890
Iscritta femmina con 30 anni di anzianità contributiva e 60 anni di età	circa euro 11.680

Organizzazione aziendale, dalla piramide alla Rete

Ogni sistema aziendale è ormai costretto a misurarsi con i processi economici, finanziari, sociali che la globalizzazione impone e che rendono essenziale una diversa e piena valorizzazione delle risorse umane

di Lorena Melli (*)

Il sociologo Michel Crozier nel 1990 pronosticava: *“La risorsa umana sta diventando risorsa fondamentale, o piuttosto quella attorno alla quale si organizzano tutte le altre”*.

E' evidente che questo consequenziale e indispensabile processo, copernicano non solo per il valore della centralità della risorsa umana, si snoda lungo i binari di un nuovo modello organizzativo aziendale.

Abbiamo ben presente il modello cosiddetto “burocratico” che ha caratterizzato tutto il mondo del lavoro dipendente, aziende, pubblica amministrazione e le stesse Casse previdenziali (tra cui il nostro Enpam), ancorché privatizzate nel '94, scontano ancora questa loro matrice pubblicistica.

Un modello, quello burocratico, in cui fondamentale rimane il rispetto formale della norma amministrativa ed in cui il sistema decisionale è così allungato da risultare lento, impacciato, non certo tempestivo, con uno scar-

so livello di responsabilità e con poche deleghe. La struttura appare rigida, separata in compartimenti stagni, e geometricamente ben rappresentata dalla figura di una piramide, segmentata dai livelli gerarchici, prodotto della cultura tradizionale, e da inevitabili sedimentazioni, che si è costruita spesso solo in funzione di se stessa.

L'organizzazione del lavoro coerente a questo modello presenta, come elementi caratterizzanti, un'accentuata attività individuale che si sviluppa entro i confini spesso invalicabili delle mansioni e delle posizioni, talora “monadica”, difficoltà nel far emergere le potenzialità dell'operatore, scarsa mobilità, una lenta e a volte tardiva circolazione dell'informazione.

In questo quadro anche l'orario di lavoro tende ad assumere connotati di uniformità e rigidità. Lo scienziato sociale Max Weber, paventando una burocrazia sempre più pervasiva, in una descrizione che non lascia adito ad appello di sorta rappresentava, agli inizi del

1900, il sistema burocratico come una “macchina inanimata” e chiariva: *“Una macchina inanimata è spirito rappreso. Spirito rappreso è anche quella macchina vivente che è rappresentata dall'organizzazione burocratica con la sua specializzazione del lavoro professionale, la sua delimitazione delle competenze, i suoi regolamenti e i suoi rapporti di subordinazione ordinati gerarchicamente”*.

A dire il vero non possiamo arrivare alla frettolosa e ingiusta conclusione di considerare il sistema burocratico come il male assoluto, ignorando il ruolo fondamentale che ha avuto nell'organizzazione della società industriale.

Ma è altrettanto evidente che la società post-moderna con l'affermazione dell'individualismo tende a

**“Il miglior modo per unire gli uomini è indurli a lavorare insieme”
(A. de Saint-Exupéry)**

rifiutare logiche e prassi proprie del centralismo burocratico.

Si rende, quindi, necessario costruire un nuovo modello in cui, con la piena valorizzazione delle risorse umane, si mettano in campo politiche volte al raggiungimento di obiettivi programmati. La struttura dovrà assumere una connotazione a rete, contraendosi sempre di più il vertice della piramide del vecchio modello e allargandosi la base.

Questa accentuata dimensione orizzontale permette l'attivazione di una pluralità di interconnessioni e favorisce il confronto, lo scambio di esperienze ed un arricchimento diffuso in maniera maggiormente uniforme, con una crescita professionale e culturale più ampiamente generalizzata. Tende, allora, a svilupparsi, in una logica di team-work, una maggiore responsabilizzazione dell'operatore, nonché un suo partecipativo coinvolgimento nell'organizzazione del lavoro. Al contrario la dimensione verticale tende a fissare, cristallizzare i livelli di responsabilità, responsabilità che si diluisce sotto il profilo formale e del vissuto, o del percepito, nel percorso dal vertice verso la base. Il flusso delle direttive e delle informazioni scorre, per di più in maniera unidirezionale, lungo assi i cui terminali assumono spesso il ruolo di semplici esecutori.

Abbiamo invece bisogno

di una struttura flessibile, fortemente integrata, con ruoli interscambiabili, dove nel lavoro di gruppo si realizzino le più svariate sinergie.

In questa tipologia organizzativa il peso della gerarchia tende a ridursi, si accorcia la catena decisionale, trovano ampi spazi i sistemi di coordinamento. Nel nuovo contesto che si va delineando il management si proietta verso una leadership più partecipativa attraverso anche l'acquisizione di competenze sul piano organizzativo, di capacità relazionali, di gestione dei processi negoziali.

Il manager come "leader di gruppo" della struttura di cui è responsabile può evocare l'immagine del direttore d'orchestra, metafora antica già usata da Aristotele che la applica alle dinamiche della politica: l'orchestra, è noto, non presenta figure gerarchiche intermedie, ma il singolo musicista segue lo spartito e il direttore.

Si può anche ricorrere ad una metafora più moderna: il coach, l'allenatore, che conosce i suoi atleti, sa come metterli in campo, come motivarli.

Seguendo coerentemente questa linea di sviluppo di nuovi modelli sono inevitabili due brevi, ulteriori riflessioni: sulla formazione e sulla retribuzione del personale.

Sulla formazione vale la pena ricordare quanto ha scritto l'economista Lester Thurow: "La forma-



zione del personale ed il miglioramento delle competenze rappresentano il principale fattore strategico di competizione fra le imprese e fra le nazioni, ancora di più della disponibilità di risorse naturali, di capitali e di tecnologie". Il modello di sviluppo giapponese e quello più recente indiano avvalorano le affermazioni di Thurow.

Su questo versante le analisi e le conclusioni del recentissimo rapporto della Fondazione Rosselli in collaborazione con il Corriere della Sera su "Innovazione di sistema" sono, per il nostro Paese, piuttosto deludenti anche se non del tutto inattese.

L'Italia, su 19 Paesi esaminati, è all'ultimo posto per numero di ricercatori, 3,4 ogni 1000 lavoratori, contro 16,6 della Fin-

landia al 1° posto; spendiamo per l'istruzione il 4,7% del PIL, la Danimarca il 7,4%; siamo terzi ultimi per sostegno finanziario alle attività di ricerca seguiti solo da Portogallo e Grecia e al 14° posto per utenti Internet. In compenso siamo primi di parecchie lunghezze per numero di cellulari, 1351 ogni 1000 abitanti, mentre chiudono la speciale classifica Giappone, USA e Canada, quest'ultima con 576 telefoni per 1000!

Come si può vedere c'è molto, ma molto da fare e certamente meno da chiacchierare!

Per quanto concerne le dinamiche retributive la linea di tendenza, chiara e irreversibile, è caratterizzata da un'accentuazione del peso della contrattazione individuale su

quella collettiva e nella contrattazione sono sempre più presenti elementi di retribuzione integrativa fino alla partecipazione agli utili aziendali.

E' evidente che i protagonisti di questi processi così complessi rimangono gli operatori di un'azienda e, pertanto, sono processi che presuppongono un approccio culturale sistemico e che finiscono con il dipanarsi in un arco temporale spesso così lungo da poter indurre al pessimismo o alla tentazione di un'ingloriosa resa, ma dobbiamo ricordare come "Non ci si libera di una cosa evitandola, ma soltanto attraversandola" (C. Pavese) e, quindi, andare avanti con determinazione e senza timori di sorta. •

(*) Dipartimento
Risorse umane



Il prof. Giampiero Campanelli

Giampiero Campanelli, Professore Ordinario di Chirurgia dell'Università dell'Insubria di Varese, Direttore della Chirurgia Generale II e Unità Operativa di Day e Week-Surgery Ospedale Multimedica Santa Maria di Castellanza, Segretario Generale della European Hernia Society, Presidente Eletto della Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day-Surgery, Presidente della Fondazione Day-Surgery Onlus

Sindrome dolorosa pubica inguinale

Il punto sulla pubalgia ed il dolore cronico post operatorio della parete addominale. La “clinica”, la diagnostica e la chirurgia.

È ampia, intorno all'80 per cento, la quota dei pazienti che risolve definitivamente il problema

di Carlo Ciocci

Pubalgia: è vero che si registra un'impennata del numero di affetti da questa patologia?

Premetto che noi medici – chirurghi esperti della parete addominale, medici sportivi, ortopedici - chiamiamo pubalgia una sindrome caratterizzata da un dolore intenso al livello del pube, il più delle volte non centrale, ma spostato a destra o sinistra. Negli Stati Uniti e nei Paesi anglosassoni la pubalgia viene invece denominata “sportsman hernia”, ernia degli sportivi: in entrambi i casi non sono definizioni definitive, perché non si tratta semplicemente di un dolore sul pube, così come non si tratta di un'ernia nel puro senso del termine, e

comunque non sempre a carico di sportivi di professione.

Di conseguenza, sarebbe forse più giusto parlare di sindrome dolorosa pubica inguinale.

Chi colpisce?

Per quanto si possa chiamare “sportsman hernia”, in realtà non colpisce soltanto gli sportivi. Alcune categorie di sportivi se ne ammalano molto: loro riferiscono di un dolore intenso a destra o sinistra del pube. Tra questi sportivi ci sono quelli che fanno movimenti di adduzione della coscia e della gamba sul bacino e movimenti di estensione della coscia sul bacino: in sostanza i mezzofondisti, i calciatori e tutti coloro che sono sportivi professionisti

e che utilizzano molto la muscolatura degli arti inferiori ed il cingolo del bacino. Da noi, però, si presentano anche pazienti che non sono degli sportivi professionisti, di età compresa tra i venti ed i cinquanta anni, magri, che svolgono una vita attiva, e che spesso svolgono lo sport a livello amatoriale o che, addirittura, non fanno alcuna attività sportiva.

Che cosa si può fare dal punto di vista diagnostico?

Molto poco. Nelle linee guida internazionali elaborate da un gruppo di studiosi della parte addominale instaurato ad Amsterdam, sotto l'egida della Commissione europea e della European Hernia Society, abbiamo definito, nella diagnosi

del dolore oscuro della regione inguinale, l'iter diagnostico: l'esame clinico quando non è evidente può essere supportato da un'ecografia, molte volte poi vi è bisogno anche di una risonanza magnetica nucleare che è importante per escludere altre patologie di tipo muscolo-tendineo della medesima regione o anche vertebrale. Se neanche la risonanza dà delle informazioni, in alcuni centri si può svolgere l'erniografia, cioè l'inserimento di un mezzo di contrasto all'interno della cavità peritoneale sotto radioscopia o radiografia. Quando tutto questo manca si torna alla “clinica”, cioè il dolore alla palpazione dell'anello inguinale esterno provocato dalla compressione all'altezza del pube, la sensazione blanda di impulso al colpo di tosse e, soprattutto, la percezione di una muscolatura ipertrofica.

Come si interviene una volta fatta la diagnosi?

Il paziente va messo a riposo e così facendo il più delle volte la sintomatologia sparisce. E' evidente che il riposo non è compatibile con l'attività lavorativa, e men che meno con l'attività sportiva professionale. Insieme al riposo si interviene con una terapia antalgica ed antinfiammatoria, allo scopo di “raffreddare” i tessuti che sono stati sottoposti ai traumi, e con la fisioterapia. Quando tutto questo non porta alla soluzione del problema o si verificano ricadute frequenti,

allora si può prendere in considerazione l'intervento chirurgico. Su questo punto, in realtà, non c'è accordo internazionale o evidenza di "livello 1" e pertanto vi sono differenti proposte: il mio atteggiamento è il seguente: l'intervento esplorativo va fatto in anestesia locale, come nel caso dell'ernia; l'incisione è sopra-pubica laterale e di modesta dimensione; i riscontri operatori che abbiamo avuto nel corso degli ultimi anni sono soprattutto tre. Il primo è che questi pazienti per l'attività fisica svolta hanno la muscolatura ipertrofica; questa caratteristica all'altezza della regione inguinale si traduce nel fatto che i muscoli retti e larghi dell'addome che si inseriscono entrambi sul pube, esercitano una discreta trazione sui tendini che, a loro volta, sono sottoposti a trazione sulle ossa alle quali sono attaccati. Il secondo riscontro è che proprio l'ipertrofia dei muscoli determina che tra questi il passaggio dei nervi risulta compresso. Il terzo ed ultimo riscontro è che questi pazienti hanno sempre una piccola ernia che contribuisce alla compressione delle strutture nervose.

A fronte di tutto questo come intervenite?

Per prima cosa una parziale disinserzione del tendine del muscolo-retto sul pube, in maniera tale da detendere il muscolo retto; successivamente la riduzione della componente erniaria (talvolta assolutamente mode-



sta) e il posizionamento sulla parete posteriore di una rete parzialmente assorbibile ultraleggera, senza alcun punto di sutura, fissata con una colla biologica; infine, il funicolo spermatico ed i nervi della regione vengono posizionati in modo da non essere più sottoposti a trazione. Questo intervento dura circa un'ora e consente la ripresa della normale attività lavorativa sedentaria già il giorno dopo e la ripresa dell'attività sportiva dopo una settimana. Oltre l'80 per cento di quanti si sottopongono all'intervento che ho descritto ottengono il risultato sperato.

Cambiamo argomento: il dolore cronico post-operatorio negli interventi della parete addominale.

Per dolore cronico post operatorio si intende il dolore persistente ad un anno di distanza da un intervento sulla parete addominale, malgrado le diverse te-

rapie intraprese. In questi casi la diagnostica non ci dice nulla, ma va chiarito che tale dolore può essere di due nature: neuropatico o non neuropatico. Nel primo caso i nervi sono direttamente stati lesionati da manovre errate o da cicatrizzazioni abnormi; il dolore non neuropatico, invece, si verifica quando si è verificato un mal posizionamento delle protesi. In quest'ultimo caso la tac può evidenziare il danno che provoca dolore.

Come procedete di fronte a questi quadri clinici?

In questi casi non esiste una terapia non chirurgica, malgrado le infiltrazioni locali con anestetici, la terapia midollare e quella antalgica, la fisioterapia ed il riposo: per questo genere di pazienti si tratti di un vero e proprio calvario. Spesso vengono operati di nuovo e male con il risultato che il problema persi-

ste rendendo, come dicevo, la qualità della vita assolutamente scadente. A fronte di queste problematiche noi proponiamo un periodo di alcuni mesi di terapia antalgica, infiltrazioni e fisioterapia: successivamente si deve operare. Con un'unica incisione si procede alla rimozione del materiale protesico precedente e si vede cosa è accaduto ai nervi interessati; nello stesso momento si isolano i nervi della regione e si procede alla neurectomia. In più verrà posizionata una rete ultraleggera, semi assorbibile, fissata con la colla, al fine di prevenire una recidiva.

Risultati?

In genere una buona percentuale guarisce, ma esiste un 20 per cento dei pazienti che non guarisce o che, addirittura, peggiora. In quei casi, purtroppo, non sappiamo ancora oggi cosa fare per affrontare il problema.

Il professor
Maurizio
Pompili



Medico psichiatra e suicidologo, è ricercatore universitario e docente presso i corsi di laurea e specializzazione della II Facoltà di medicina e chirurgia, Università La Sapienza di Roma. È affiliato al McLean Hospital - Harvard Medical School, Boston, Usa ed autore di oltre 200 pubblicazioni sul suicidio, compresi tre libri internazionali e il recente volume "Il suicidio e la sua prevenzione" (Tatarelli e Pompili). È il referente per l'Italia dell'International Association for Suicide Prevention (Iasp). È stato insignito nel 2008 con lo Shneidman Award dall'American Association of Suicidology per i contributi di alto valore resi alla ricerca sul suicidio

Prevenzione del suicidio, una sfida per tutti i medici

Un milione e mezzo. Questo il numero di vittime stimato dall'Organizzazione mondiale della sanità per il 2020. Una tragedia umana e sociale che deve riguardare tutti, in primo luogo, naturalmente, gli operatori sanitari

di Claudia Furlanetto

Allo stato attuale, il suicidio è un problema grave nell'ambito della salute pubblica: l'Oms stima un peggioramento del fenomeno che potrebbe portare l'attuale milione di morti a raggiungere la cifra del milione e mezzo nel 2020. Per quanto riguarda l'Italia "i dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità evidenziano che su circa 4 mila morti per suicidio nel 2002, ben 3 mila erano uomini", afferma il professor Maurizio Pompili coordinatore del Centro per lo studio e per la prevenzione dei disturbi dell'umore e del suicidio (www.prevenireilsuicidio.it), presso la U.O.C. di Psichiatria dell'Ospedale Sant'Andrea - Cattedra di psichiatria, II Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Roma La Sapienza.

Esistono delle differenze a livello di territorio italiano?

Analizzando le tre macroaree del nostro Paese, Nord, Centro e Sud-Isole, si evidenzia chiaramente un gradiente Nord-Sud, tanto per gli uomini quanto per le donne, con livelli di mortalità per suicidio più alti al Nord e particolarmente elevati nelle province del Nord Est e quelle dell'arco alpino. Nel Centro Italia tutte le province del Lazio e L'Aquila hanno tassi significativamente più bassi della media nazionale. La Sardegna, con tutte le sue province, rappresenta invece una nota dissonante nel contesto dell'area sud-insulare ed in particolare i suicidi fra gli uomini raggiungono livelli oltre il 75 per cento più elevati della media nazionale. Le ragioni del gradiente Nord-Sud potrebbero trovare una spiegazione nelle differenze sociali e culturali del nostro Paese.

Qual è la definizione di suicidologia?

La suicidologia è la scienza

dedicata alla prevenzione e allo studio scientifico del suicidio. Il termine è attualmente impiegato per riferirsi allo studio del fenomeno suicidario ma andrebbe riservato agli interventi volti a salvare la vita degli individui a rischio. Tale disciplina è nata e si è sviluppata a Los Angeles grazie all'opera pionieristica di Edwin Shneidman.

In che modo si arriva a pensare al suicidio come ad una valida alternativa?

Il suicidio è il risultato di una complessa interazione di fattori psicologici, biologici e sociali. Si tratta di uno "stato perturbato" della mente in cui il soggetto perde gli abituali punti di riferimento: si sente angosciato, frustrato, senza aspettative per il futuro e inaiutabile. Questa miscela di emozioni diviene "esplosiva" quando l'individuo si rende conto che, per risolvere tale sofferenza estrema, il suicidio è la soluzione migliore.

Quali sono le cause?

Spesso il comportamento suicidario si associa ad una crisi, soprattutto in situazioni di stress straordinario di limitata durata. In questo contesto, gli individui considerano il suicidio con grande ambivalenza psicologica. Infatti, il desiderio di morire e quello di essere salvati sussistono allo stesso livello. Persino nella crisi gli individui conservano il bisogno di esprimersi e di comunicare con gli altri, smentendo la nozione che il suicidio avviene improvvisamente, inevitabilmente e senza alcun avviso. Se si osservano retrospettivamente i dati si osserva che la sofferenza mentale prolungata, l'ambivalenza nei confronti del suicidio, fantasie di vendetta, di essere salvati e di rinascita sono state presenti nei soggetti suicidi per un lungo periodo di tempo. Il tentativo di porre fine alla sofferenza è caratterizzato da manovre maladattative fallimentari che poi riconducono la persona all'idea del suicidio. Il soggetto segnala la sua preoccupazione coinvolgendo le persone che lo circondano attraverso parole e azioni, concentrando nelle sue comunicazioni il "Cry for Help", ossia la richiesta di aiuto.

I pazienti a rischio hanno difficoltà ad approcciare i medici?

Il suicidio è uno dei tabù più radicati nella nostra società. Parlare dell'argomento suscita riluttanza ed evitamento e persino dagli operatori della salute il tema è in gran parte misconosciuto. I dati

TABELLA 1

della letteratura riportano che le persone che hanno commesso il suicidio, frequentemente, nei mesi e settimane precedenti, si sono recati da un operatore della salute, in primo luogo un medico di base. Secondo recenti studi, il 45 per cento delle persone decedute per suicidio aveva avuto un contatto con la medicina di base nel mese precedente. Altri studi indicano che tra il 25 e il 75 per cento dei suicidi hanno un contatto con la medicina di base nel lasso di tempo da 30 a 90 giorni. Puntualmente però sia i medici di base che gli altri operatori della salute falliscono nel riconoscere il rischio omettendo di chiedere al soggetto se abbia mai pensato al suicidio.

Qual è l'atteggiamento che deve tenere il medico?

Il medico ha la naturale paura di suggerire al paziente idee di suicidio durante l'indagine sul tema. Tuttavia non esiste alcuna prova che sostenga tale timore; il suicidio è un atto serio e cosciente che necessita molto di più di un singolo colloquio per essere agito. Parlarne con onestà e franchezza aiuta notevolmente coloro che lo hanno meditato. Per prevenire efficacemente il suicidio è necessario che l'operatore conosca bene il suo impatto con il tema (tabella 1): il paziente potrebbe cogliere il giudizio del terapeuta dal tono della voce o dal linguaggio corporeo. Se nutrisse delle attitudini di condanna probabilmente fallirà nel suo compito: il medico deve comunicare al

- Ritengo che il suicidio sia un segno di debolezza di cui la gente dovrebbe vergognarsi?
- Ritengo il suicidio come immorale o peccaminoso?
- Penso che il tema del suicidio sia un tabù?
- Penso che il suicidio sia il risultato della follia?
- Reagisco eccessivamente con ricoveri e precauzioni di ogni genere in presenza di ideazione suicidaria?

paziente che è possibile parlare liberamente di suicidio e che la trattazione avviene su un terreno sicuro. Se al contrario il medico evita l'argomento o chiede con modalità non appropriate otterrà dal paziente solo una chiusura (tabella 2). Indagare il rischio di suicidio implica il dover passare maggiore tempo con il paziente; confrontarsi con lui e con i familiari per provvedimenti coatti; rischiare possibili confronti medico-legali. In altre parole: maggiore impegno, maggiori problemi, maggiori preoccupazioni. È per questo che l'indagine sul rischio di suicidio è evitata nella pratica clinica.

Quali sono i segnali di allarme?

Prima di compiere l'atto letale spesso la persona indica la sua intenzione o usa espressioni come "Magari fossi morto" o "Ho intenzione di farla finita", oppure meno dirette come "A che serve vivere?", "Ben presto non dovrai più preoccuparti di me" e "A chi importa se muoio?". Queste perso-

ne tendono ad isolarsi dagli amici e dalla famiglia; ad esprimere la convinzione che la vita non abbia senso e speranza. Spesso si notano cambiamenti delle abitudini alimentari, del sonno, delle attività quotidiane e del rendimento scolastico o lavorativo. Si può verificare un maggiore consumo di alcol o l'abuso di sostanze. Si tende ad non avere cura dell'aspetto. In alcuni casi si nota un miglioramento improvviso e inspiegabile dell'umore dopo essere stati depressi, poiché il soggetto, avendo preso la decisione, ha trovato la soluzione alla propria angoscia. In generale i soggetti suicidi sembrano aver perso le speranze nel futuro e manifestano un sentimento di disperazione.

Che cosa si può fare?

Esistono diverse armi contro il suicidio. Tra i farmaci con provata azione antisuicidaria ci sono il litio per i disturbi dell'umore e la clozapina per i disturbi psicotici. Gli antidepressivi mancano invece di prove defini-

tive. Anche la psicoterapia ha un ruolo rilevante nonostante le evidenze si riferiscano solo ad alcuni approcci come la terapia dialettico comportamentale. La prevenzione del suicidio riguarda tutti e in primo luogo il medico. Per far questo, dobbiamo occuparci delle emozioni negative dei soggetti a rischio di suicidio, aprire un varco nel fatto che non riescono a vedere soluzioni per la loro sofferenza ed allearsi con familiari, amici e altre figure professionali.

Esistono strutture che si occupano dei soggetti a rischio?

Presso l'U.O.C. di Psichiatria dell'Ospedale Sant'Andrea in Roma diretta dal professor Tatarelli si è costituito un ambulatorio dedicato ai soggetti a rischio a cui offriamo un programma di psicoeducazione. Intorno a questa iniziativa ruota un folto gruppo di collaboratori che si occupa di diffondere i fondamenti della prevenzione del suicidio nell'ambito della comunità. •

TABELLA 2

LA COMUNICAZIONE CON LE PERSONE A RISCHIO DI SUICIDIO

Come comunicare

- Ascoltare attentamente, con calma
- Comprendere i sentimenti dell'altro con empatia
- Esprimere rispetto per le opinioni e i valori della persona in crisi
- Parlare onestamente e con semplicità
- Esprimere la propria preoccupazione, l'accudimento e la solidarietà
- Concentrarsi sui sentimenti della persona in crisi

Come non comunicare

- Interrompere troppo spesso
- Esprimere il proprio disagio
- Dare l'impressione di essere occupato e frettoloso
- Dare ordini
- Fare affermazioni intrusive o poco chiare
- Fare troppe domande



Emilio Balestrazzi, direttore della Clinica Oculistica del Policlinico Gemelli di Roma e presidente della Società italiana di trapianto di cornea (Sitrac)

di **Andrea Sermonti**

Sono circa 2 milioni i portatori di lenti a contatto nel nostro paese, ma quattro su cinque non le curano come dovrebbero, andando incontro a problemi anche invalidanti e, qualche volta, irreversibili. “E nei casi più seri – conferma il professor Emilio Balestrazzi, direttore della Clinica Oculistica del Policlinico Gemelli di Roma e presidente della Società italiana di trapianto di cornea (Sitrac) – l’unica soluzione resta quella del trapianto di cornea. Con tempi di recupero molto lunghi, limitazioni all’attività fisica e necessità di evitare in qualsiasi modo il rischio di traumi, cose queste assai pesanti da seguire soprattutto per i più giovani”.

E quali sono questi ‘casi più gravi’?

Ad esempio le lacerazioni o la cheratite microbica –

“Le lenti a contatto? Non sono un gioco”

Troppa leggerezza e superficialità nelle norme igieniche necessarie per un corretto uso delle lenti a contatto. Soprattutto tra i più giovani, con grave rischio di andare incontro a gravi lesioni. Fino al trapianto della cornea

una grave infezione della cornea derivante da traumi, malattie croniche dello strato più superficiale dell’occhio, immunodeficienze e anche dall’uso errato di lenti a contatto.

Perché avete ritenuto di fare addirittura un appel-

lo ad un uso più attento di questo importantissimo presidio che sono le lenti a contatto?

Ogni giorno un italiano perde la vista a causa del cattivo o errato uso delle lenti a contatto e questi danni irreversibili riguardano per lo più i ragazzi-

ni. L’appello di noi medici della Società italiana trapianto di cornea (Sitrac) nel corso di una conferenza stampa organizzata alla Camera dei Deputati a Roma non ha assolutamente l’obiettivo di creare una sorta di terroismo psicologico: tutt’al-

UN POCO DI STORIA

La nascita della lente a contatto si fa risalire a Leonardo da Vinci, che nel 1508 verificò che immergendo l’occhio in una sfera contenente acqua, esisteva un continuo ottico fra la superficie interna della sfera di vetro, e quella esterna della cornea. Successivamente Cartesio, nel 1636 pubblica ‘La diottrica’, in cui perfeziona l’idea di Leonardo, spiegando che un tubo riempito d’acqua e appoggiato sulla cornea, avente una lente all’estremità che sia perfettamente sovrapponibile alla cornea stessa, annulla o riduce le anomalie refrattive dell’occhio.

Le lenti a contatto modernamente intese vanno fatte risalire alle scoperte di A.E. Fick, E. Kalt, A.E. Muller, rispettivamente in Svizzera, Francia e Germania. Queste lenti erano in materiale vetroso, ad appoggio sulla sclera, di grande diametro e mal sopportate fisiologicamente. Le prime lenti in materiale plastico si devono a due ricercatori americani, Dallos e Fleinbloom. I vantaggi rispetto al vetro sono immediati, diminuendo notevolmente il peso. Le prime lenti a contatto corneali rigide nascono nel 1950, aventi diametro inferiore a quello corneale, progettate da Bier.

Agli inizi degli anni '60 due ricercatori cecoslovacchi, Lim e Wichterle progettarono le prime lenti a contatto in idrogel, le morbide. Alla fine degli anni '60 iniziarono anche ad essere utilizzate le prime lenti rigide ortocheratologiche e allo scopo di ridurre la miopia dopo la loro rimozione venivano progettate e applicate durante il giorno con lo scopo di modificare il profilo corneale. Le lenti per ortocheratologia nel 2002 hanno ricevuto l’approvazione FDA per la correzione della miopia fino a 6 diottrie con massimo di 1.75 di astigmatismo. Oggi le lenti per ortocheratologia utilizzano materiali super permeabili all’ossigeno e sono utilizzate per fini correttivi solo durante il sonno.

tro, visto che parliamo di un presidio medico utilissimo e che ha raggiunto un livello tecnologico ottimo.

E allora?

Il nostro intervento è dettato dalla necessità di richiamare i più giovani ad un uso meno scorretto e disattento delle lenti a contatto: non lavarle con l'acqua corrente – ad esempio – e non farci il bagno al mare o la doccia, ricordarsi di non usarle di nuovo dopo averle tolte senza prima pulirle e mettersi gli occhiali al primo disturbo.

Ed è un problema molto diffuso?

Ormai siamo di fronte ad un vero e proprio 'esercito' di portatori di lenti a contatto, come conferma una recente indagine condotta da Nextplora per la Società Oftalmologica Italiana (SOI): dei circa due milioni di portatori di lenti a contatto correttive due terzi sono donne tra i 25 e i 34 anni, e più o meno lo stesso numero di portatori preferisce lenti quindicinali o addirittura mensili, che ovviamente necessitano di maggiori cure e attenzioni di quelle usa e getta giornaliere.

Anche il presidente della Commissione Sanità del Senato Antonio Tomassini ha "appoggiato" il vostro appello?

Il presidente ha sottolineato un elemento molto importante, soprattutto a livello psicologico: la gran-

de diffusione delle lenti a contatto e il loro costante miglioramento con le varie differenziazioni (rigide o semirigide, morbide o colorate) le ha rese talmente utili per una grande quantità di persone che si è finito per perdere quasi totalmente il concetto di presidio sanitario: la riprova è che tal-

volta vengono addirittura usate senza prescrizioni.

A chi è rivolto questo appello della Sitrac? Ai portatori di lenti, ai medici di famiglia, agli oculisti, agli ottici...

Un richiamo rivolto soprattutto ai più giovani, che spesso in discoteca o alle feste si 'scambiano' le

lenti a contatto colorate senza le necessarie precauzioni igieniche: un grave rischio di infezione e di contagio, problema questo reso più rischioso dall'uso di sostanze stupefacenti o alcol, che diminuiscono la sensibilità e la sensazione di fastidio delle lenti sporche o non disinfettate. •

QUANTO PESANO LE PATOLOGIE CORRELATE ALL'USO ERRATO DELLE LENTI A CONTATTO

È stato stimato che l'incidenza annuale globale di cheratite ulcerosa in portatori di lenti a contatto ad uso giornaliero è di circa 4,1 persone su 10.000 e, per quanto concerne i portatori di lenti ad uso prolungato, di circa 20,9 persone su 10.000. Il rischio di contrarre la cheratite ulcerosa è quindi da 4 a 5 volte maggiore in portatori di lenti a contatto ad uso prolungato rispetto a portatori di lenti ad uso giornaliero. In caso di inosservanza delle norme d'uso, il rischio per i portatori di lenti ad uso prolungato è da 10 a 15 volte maggiore rispetto a quello per portatori di lenti ad uso giornaliero. Nel caso in cui un portatore di lenti ad uso giornaliero le utilizzi per un tempo più lungo di quello raccomandato, il rischio che contragga una cheratite ulcerosa è 9 volte maggiore rispetto a quello di un portatore che si attenga alle indicazioni. Il rischio di cheratite ulcerosa nei portatori di lenti a contatto che fumano è da 3 a 8 volte maggiore che nei portatori non fumatori. Diventa essenziale quindi non portare le LAC durante il sonno, per troppe ore al giorno o in occasione di bagni al mare, in piscina e di docce nei luoghi pubblici. Si raccomanda di seguire le normali norme igieniche nella manipolazione delle LAC e di effettuare almeno 1-2 volte all'anno i controlli presso l'oculista di fiducia.

'DECALOGO' PER L'USO DELLE LENTI A CONTATTO

- 1 – Controllare sempre scrupolosamente la data di scadenza e il tempo di uso corretto di lenti e liquidi per il loro lavaggio e conservazione
- 2 – Cambiare ogni 3-6 mesi il contenitore delle lenti
- 3 – Lavare e asciugare bene sempre le mani prima di mettere e togliere le lenti
- 4 – Non conservare le lenti in una soluzione salina ma utilizzare sempre gli appositi liquidi
- 5 – Non utilizzare mai la saliva e/o l'acqua corrente, fonti di infezioni e parassiti
- 6 – Sciacquare e pulire spesso anche il porta-lenti utilizzando solo gli appositi liquidi
- 7 – Non scambiarsi mai le lenti 'cosmetiche' per evitare contagio e trasmissione di infezioni
- 8 – Non dormire mai
- 9 – Levare immediatamente le lenti al primo sintomo di fastidio e di lacrimazione, portando sempre con sé un paio di occhiali di scorta
- 10 – Fumo, alcol e droghe provocano danni a livello cellulare e alterano la percezione di dolore e fastidio delle lenti

Alois Alzheimer,

quando la mente vacilla

Il medico tedesco fu il primo a descrivere un caso di “demenza senile” ponendo i presupposti per la codificazione di una nuova forma morbosa caratterizzata dal riscontro nel cervello di numerosi depositi di proteine fibrose. Il contributo del neurologo italiano Gaetano Perusini

di Luciano Sterpellone

Oggi anche il cittadino comune conosce l'espressione di “morbo di Alzheimer”, riuscendo addirittura a pronunciare correttamente il nome senza “americanizzarlo” come fa con ogni cosa, senza tenere ormai più conto della preziosa identità delle singole lingue. Una malattia che ha colpito anche personaggi celebri come Rita Hayworth, Ronald Reagan, Henry Ford, Winston Churchill, Maurice Ravel, David Niven, Frank Sinatra...

In realtà la vera notorietà della malattia che reca l'epònimo del grande neurologo tedesco è esplosa solo dopo una sessantina di anni dalla sua prima descrizione.

Laureatosi a Berlino nel 1887, Alois Alzheimer era divenuto direttore del prestigioso Laboratorio della clinica neuropsichiatrica di Monaco di Baviera. Instancabile ricercatore ed esperto istologo (suo maestro era stato il grande neuropatologo Franz Nissl) aveva già dato preziosi contributi all'approfondimento di com-



Alois Alzheimer

plesse varie tematiche di interesse neurologico; il più importante era stata la descrizione delle placche senili del cervello (che il neu-

rologo tedesco Emil Kräpelin denominerà “placche di Alzheimer”). Alzheimer faceva quindi parte di quella non folta

schiera di studiosi che - contrapposta a quella di coloro che ascrivevano le cause delle malattie mentali esclusivamente a fattori psicologici - sosteneva invece l'intervento determinante di elementi organici, strutturali, come del resto stavano in parte dimostrando le più recenti osservazioni su malattie come la demenza senile, la paralisi progressiva, le psicosi da agenti tossici o infettivi e per certi versi la schizofrenia.

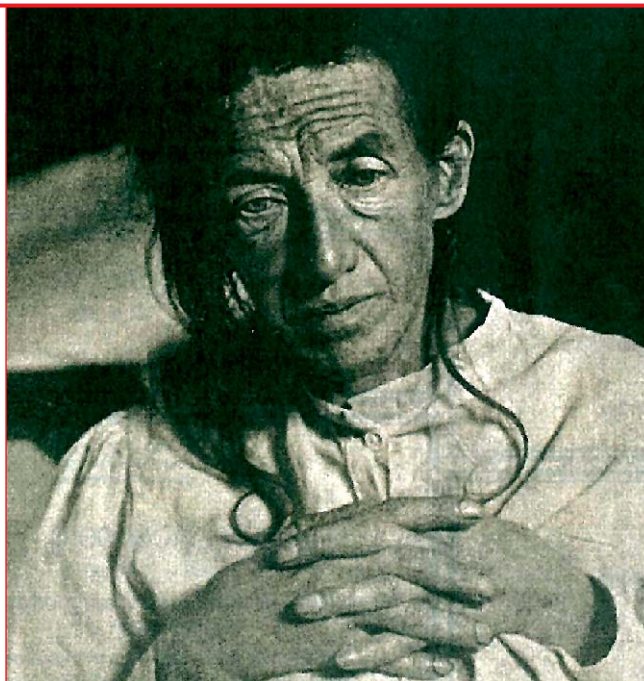
Il 13 novembre 1906, alla Società sud-occidentale tedesca di Psichiatria, Alzheimer presentò a Tübingen i dati clinici e istologici relativi a una donna di 51 anni (indicata come “Augusta D.”), che era deceduta dopo una malattia a carattere progressivo durata cinque anni, contrassegnata da disturbi della memoria, depressione e allucinazioni, seguiti da sintomi demenziali.

Nella relazione, in cui parlava di “demenza precoce senile” (senza etichettarla altrimenti), il quarantenne neurologo poneva i presupposti per la codificazione di una nuova forma morbosa caratterizzata essenzialmente dal riscontro - nel cervello della paziente - di numerosi depositi di proteine fibrose, identificabili in placche senili (già descritte da Fischer più di un secolo prima), grovigli di neurofibrille e depositi nella parete dei vasi, associate ad atrofia cerebrale, degenerazione e perdita di neuroni: tutte alterazioni - sottolineava il relatore - non presenti in al-

tre forme di demenza. Da notare che, abitualmente, le placche senili “fisiologiche” sono riscontrabili con una frequenza da 10 a 100 volte inferiore rispetto ai pazienti della malattia.

Tuttavia, la relazione di Alzheimer venne accolta con una certa freddezza dall'assemblea (era anche presente lo psicoanalista Gustav Jung). Il verbale della riunione riportò: “Non adatta a una discussione...”. Ma lo studioso tedesco non si scoraggiò e decise anzi di proseguire nelle ricerche avvalendosi dell'opera di un giovane valente collaboratore che aveva già dato prova di grande ingegno: Gaetano Perusini, destinato a rivestire un ruolo di primo piano nelle successive conoscenze sulla sindrome.

Era nato a Udine nel 1879 e poco dopo la laurea era entrato nel prestigioso laboratorio di Alzheimer a Monaco. Estendendo e approfondendo le ricerche in base all'incarico ricevuto, in un lavoro comparso nel 1910 sulla rivista *Histologische und histopathologische Arbeiten über die Grosshirnrinde*, riesaminò il caso di Augusta D. e descrisse meticolosamente (conosceva perfettamente il tedesco) il quadro clinico di altri tre pazienti di età più avanzata (65 e 63 anni), corredandoli con reperti istopatologici meticolosamente ridisegnati a mano con grande abilità. Compresse tutti i casi in una patologia unica, laddove Alzheimer riteneva che le forme presenili e senili dovessero



Augusta D. fu la prima paziente descritta da Alzheimer come affetta da demenza senile

invece rimanere distinte.

Il giovane neurologo italiano traeva conclusioni non contenute nella pubblicazione originale di Alzheimer, in particolare riguardo alla natura istopatologica delle lesioni cerebrali. Sottolineava infine la necessità di “condurre future ricerche per definire più accuratamente - con l'accumularsi dei casi - il complesso sintomatologico di questa forma patologica, nonché per determinare se esiste un rapporto eziologico con l'involuzione senile”.

Da notare che la sostanza di deposito riscontrata nelle placche senili era stata denominata nel 1853, dal grande Rudolf Virchow, “amiloide”, termine invero fuorviante in quanto indicativo di una natura amilacea della sostanza, rivelata successivamente di natura proteica.

Le limitazioni tecniche del tempo relative alle colorazioni non consentirono a Perusini di delineare con esattezza i rapporti esistenti tra alterazioni delle neurofibrille e placche senili da una parte e strutture della nevroglia dall'altra: “Alla soluzione di questo problema - scrisse - spero poter portare fra breve ulteriori contributi”; e sollecitava ricerche più approfondite anche in dementi senili gravi o in soggetti di età ancor più avanzata.

Il contributo del neurologo italiano fu pertanto occasionale, ma sostanzioso e determinante per il definitivo inquadramento nosologico di quella malattia che per un certo tempo fu correttamente indicata con l'eponimo di “Alzheimer-Perusini”.

Ma da quando nel 1970 ha “riscoperto” la malattia, la

letteratura anglosassone ha il più delle volte evidenziato soltanto il nome del primo, lasciando di conseguenza dimenticare via via quello di Perusini. E oggi solo pochi parlano per esteso di “malattia di Alzheimer-Perusini”, come - e non per sciovinismo - sarebbe giusto: appare infatti a chiunque evidente quanto peso abbiano avuto le ricerche del nostro medico nella descrizione e nelle conoscenze sulla sindrome; da parte sua, egli non mancò mai di riconoscere nelle parole e negli scritti la priorità e i meriti di Alzheimer, o di esprimere la sua gratitudine per averlo attivamente coinvolto nelle ricerche. Non per altro la relazione di cui si è detto inizia testualmente con queste parole: “Su iniziativa del dottor Alzheimer ho esaminato...”.

Alzheimer diverrà nel 1912 direttore dell'Istituto di Psichiatria dell'Università di Breslavia, ma morirà tre anni dopo, a 51 anni, per insufficienza cardiaca. Una settimana prima, l'8 dicembre dello stesso 1915, in piena I guerra mondiale, una scheggia di granata aveva stroncato la vita di Gaetano Perusini (36 anni) mentre stava curando un soldato ferito. Si era arruolato volontario, nascondendo in un primo tempo la sua vera professione per andare al fronte. A ricordo dei posteri che lo depenneranno dall'eponimo, resta la sua medaglia d'argento al valor militare meritata sul campo. •

Dieci anni di aiuti per “ridare la luce”

Da dieci anni “Ridare la Luce” porta in Africa, nel Mali, civili, militari, religiosi, oculisti e chirurghi, ottici e infermiere, tecnici e piloti, uomini e donne di buona volontà che sacrificano se stessi per poter offrire qualche speranza a persone di tutte le età

di Ezio Pasero

Mopti (Mali) – Il tam tam è la vera voce dell’Africa. Un passaparola che non conosce ostacoli né interruzioni, che funziona meglio della radio e della televisione, che raggiunge ogni villaggio, che penetra in ogni capanna. Così, erano già centinaia e centinaia i pazienti in coda con i loro accompagnatori davanti agli ospedali di Gao e di Mopti, prima ancora che i volontari di “Ridare la Luce” avessero finito di portare a terra e togliere dagli imballaggi il primo carico di strumenti e materiali necessari a questa nuova avventura. Vecchi non vedenti aggrappati a bambini condannati a fungere da cani per ciechi, neonati in braccio alle loro mamme delle quali non avevano mai visto il volto, uomini e donne privi della vista, di speranza, di prospettive... “Sono tornati gli italiani”, dicevano i tam tam, “quelli che curano i nostri occhi, che donano la vista ai nostri bambini nati ciechi, che la restituiscono ai nostri vecchi che l’-



hanno perduta”. Retorica, melodramma? Andatelo a dire agli abitanti del Mali, Africa sub sahariana, uno dei cinque paesi più poveri del mondo, più di un cieco ogni quattro abitanti, dove se non hai neppure gli occhi per vedere, allora è molto, molto più difficile raggiungere quella faticosa soglia dei cinquant’anni che rappresenta l’aspettativa media di vita per questa povera gente. Sono dieci anni, con questo, che “Ridare la Luce” porta qui civili, militari e religiosi, oculisti e chirurghi, ottici e infermiere, tecnici e piloti, uomini e donne di buona volontà che sacrificano il loro tempo libero, le loro energie, spes-

so i loro guadagni, per venire a offrire qualche speranza di vita ai diseredati di una parte del mondo troppo priva di risorse e troppo poco strategica perché il ricco Occidente se ne faccia ufficialmente un po’ carico.

E per questo decennale, la missione umanitaria dell’Aeronautica Militare Italiana e dei Fatebenefratelli di Roma ha trovato nuovi stimoli, nuovi volontari, soprattutto nuovi sponsor. A cominciare da Alenia Aeronautica, la società di Finmeccanica che ha messo a disposizione un aereo C-27 J Spartan (un velivolo da trasporto tattico costruito a Napoli) per le operazioni di trasporto e

ha acquistato le apparecchiature mediche per gli ospedali di Mopti e Gao. Più piccolo del gigantesco C130 che nelle precedenti missioni era stato messo a disposizione dall’Aeronautica Militare, ma anche più agile e più duttile, più adatto alle misere piste di atterraggio di quei due improbabili aeroporti, il velivolo dell’Alenia, con dieci persone fra tecnici e piloti, ha effettuato venti voli tra l’Italia, il Mali e le due città sedi della missione. Già, perché in questo modo i quaranta volontari di “Ridare la Luce” hanno avuto la possibilità di raddoppiare il loro impegno: a Gao, appunto, meta “storica” della missione, nel centro del paese, sulle rive del Niger; e a Mopti, il più grande e frenetico porto fluviale di un paese privo di mare, alla confluenza tra il Niger e il suo affluente Bani, a poche decine di chilometri dalle colline del misterioso popolo dei Dogon e dalla straordinaria moschea di Djenné, la più grande moschea di fango del mondo, che ogni anno a febbraio viene praticamente ricostruita. E questa volta, in questa babele di dialetti delle tante etnie del Mali che sovente faticano a capirsi tra loro, anche “Ridare la Luce” è diventata bilingue: perché, accanto ai volontari italiani militari e civili, hanno partecipato per la prima volta alla missione oculisti e paramedici spagnoli dell’ospedale dei Fatebenefratelli di Siviglia, San Gio-

vanni di Dio. Citarli tutti, come meriterebbero, è ovviamente impossibile. Ma è bello dire che tra questi volontari c'era il capo del Corpo sanitario dell'Aeronautica Militare, generale Manlio Carboni (che è oculista, e che come nelle precedenti missioni ha coinvolto suo figlio Alessandro, oculista anche lui), che c'erano professionisti di grande valore come il primario oculista del San Camillo di Roma Vincenzo Petitti e gli oculisti del San Pietro di Roma Ghirelli e Sterpetti, che c'era il titolare dell'ottica Vasari di Roma, Fortunato De Gaetano, che in dieci missioni di "Ridare la Luce" ha consegnato oltre ventimila paia di occhiali, inviando nei casi più importanti le prescrizioni a Roma, dove le lenti venivano montate e poi trasportate con l'aereo che tornava a fine missione... è bello dirlo perché sono persone come queste, e come tutte quelle che hanno collaborato con loro, che ci fanno capire che esiste un'Italia dei buoni sentimenti e della buona volontà che ci fa sentire nonostante tutto orgogliosi del nostro paese. Retorica anche questa? Allora fatevi una vacanza nel Mali, non appena possibile, e scoprirete con quanto affetto, cordialità e riconoscenza vengono considerati "les italiens", come ci chiamano qui, in questo paese francofono ma dove siamo molto più amati noi dei nostri cugini d'Oltralpe. Per fare questa vacanza, tut-



tavia, è meglio attendere giorni più tranquilli: le ormai prossime elezioni agitano alcune regioni di questo grande paese, sono irrequieti i Tuareg al nord e piuttosto nervosi alcuni gruppi politici di opposizione nei centri lungo il Niger. Così, nei giorni della missione, dal 23 novembre al 5 dicembre scorsi, gli ospedali erano presidiati dai militari e i volontari di "Ridare la Luce" hanno dovuto accettare le regole del coprifuoco, senza potere mai uscire dai loro alloggi la sera. Una granata scoppiata all'interno di una ong franco-spagnola che si occupa della fame nel mondo, e che fortunatamente aveva fatto qualche danno, ma nessun ferito, aveva indotto i responsabili della sicurezza a met-

tere guardie armate anche tutt'intorno agli accampamenti dei volontari italiani e a imporre il coprifuoco, rendendo così impossibili anche quei brevi momenti di svago e di relax all'aperto, al termine dei durissimi orari di lavoro. Nonostante tutte queste difficoltà, quest'ultima missione di "Ridare la luce" ha polverizzato, per dirla in gergo sportivo, ogni record precedente. Nel corso di tutti i suoi voli, il C 27 J Spartan dell'Alenia ha scaricato dieci tonnellate di materiali tra apparecchiature, attrezzi, kit operatori, derrate alimentari e aiuti. Tra questi, computer e stampanti in linguaggio Braille che gli specialisti dell'Istituto nazionale ciechi di Roma, guidati dalla

signora Ada Negrin, hanno donato all'Istituto dei bambini ciechi di Gao, dove hanno organizzato dei corsi per gli insegnanti locali. In meno di due settimane, nei due ospedali di Mopti e Gao, sono state complessivamente visitate circa duemila persone e oltre seicento sono state operate di cataratta, mentre più di duecento sono state le endoscopie portate a termine da due chirurghi. Complessivamente, nel corso dei suoi dieci anni di attività in Mali, "Ridare la Luce" ha così restituito la vista a circa tremila persone. Certo, solo una goccia nel mare in confronto agli oltre due milioni di ciechi del paese, un dato quasi irrilevante in termini percentuali. Ma andatelo a dire a quei tremila... •



L'Enpam fa suo il progetto "Insieme"

di Antonio Gulli

L'anno nuovo vede l'Enpam impegnare i propri dipendenti in un articolato corso di formazione. Dal titolo "Insieme", il progetto si pone, tra i diversi obiettivi, quello di migliorare le relazioni che l'Ente ha quotidianamente con le centinaia di medici che ad esso si rivolgono. Il fine è quello di ottimizzare i rapporti tra le di-

verse parti dell'organizzazione a partire dalla rivalutazione del suo vero e unico patrimonio inestimabile: il personale. Rivolgendosi alla quasi totalità dei dipendenti – avendo programmato ben venticinque edizioni seminariali della durata di tre giorni ognuna – il progetto muove dal convincimento – come scrive Descartes – che "Non basta avere un buon ingegno: quel che più importa è applicarlo bene". E applicarlo bene significa far proprio lo spirito – come scrive Youngblood – che "Le intelligenze non si possono comprare, ma si devono associare". Presentandosi come una proposta formativa volta a offrire un percorso di ricerca delle criticità che ostacolano l'integrazione e la ricerca di soluzioni per facilitare le relazioni sia interne che esterne, il progetto è espressione di quell'autentica e nota acquisizione oramai diffusa nella letteratura che intende la formazione come quell'esperienza che tende a far star bene la persona, garantendogli il diritto all'apprendimento nel contesto specifico in cui le competenze si applicano. Cioè all'interno di quella dinamica di scambio tra domanda e offerta che è il quotidiano svolgersi dell'attività di ogni lavoratore. Rivolgendosi anche al management dell'Enpam, la proposta formativa si intreccia con il più ampio e articolato processo di gestione del personale dell'Ente, tematizzando l'aspetto peculiare proprio di ogni organizza-

zione: ovvero che questa cresce e si sviluppa se si potenziano gli attori. La formazione rappresenta così un punto d'incontro fra le potenzialità e i bisogni dell'individuo e le potenzialità e i bisogni dell'organizzazione; fra il sapere individuale e il "saper fare" collettivo. Se un tempo era possibile tenere separati il momento dell'apprendimento da quello del lavoro oggi questo non è più possibile. Nessuno, neanche chi si presenta al lavoro con il più ricco curriculum scolastico, riesce a vivere più di qualche anno dell'eredità che la scuola gli lascia in termini di preparazione professionale. Già oggi, ma ancor più domani, il momento dell'apprendimento e quello del lavoro sono destinati a sovrapporsi. Il tempo del lavoro deve diventare sempre più il tempo dell'apprendimento di conoscenze e di capacità nuove e diverse, necessarie per mantenersi aggiornati e contribuire sia alla competitività dell'organizzazione che al miglioramento di se stessi. Nonostante quanto indicato sia diventato oramai un convincimento acquisito e goda di una forte e abbondante letteratura scientifica, a tutt'oggi ciò che si rileva nel nostro Paese è che solo il 6 per cento degli adulti ha seguito un corso di "formazione continua" a fronte degli obiettivi di Lisbona che indicavano la quota del 12,5 per cento entro il 2010. "Questa situazione va a incidere in modo negativo su quello che dovrebbe essere

uno degli strumenti principali per consentire il mantenimento di una condizione di benessere sul lavoro” (Cfr., Colasanto, 2007). L’aspetto più inquietante è – come indicato dal prof. Colasanto – che “Le risorse, sia in termini di fondo sociale europeo, sia attraverso i fondi interprofessionali, che raccolgono 1,4 miliardi di euro, ci sono; ma si fa fatica a spenderli anche perché l’offerta è sempre più orientata a privilegiare coloro che hanno già livelli di istruzione elevati”. Ma quando parliamo di formazione che cosa si deve intendere? Già dalle considerazioni appena esposte emerge come la formazione goda di almeno di due traiettorie ben delineate: quella scolastica e quella post-scolastica. Se la *formal education* viene monitorata in ordine ai suoi dati di ingresso e di uscita (input/output) e, conseguentemente, può avvantaggiarsi di un’azione di autoregibilità interna in ragione di una sua certificazione; per quanto riguarda le altre esperienze di formazione – si pensi alla *non-formal education* o all’*informal learning*, o addirittura alla *random learning* – il dibattito è ancora aperto, così come aperta rimane la formalizzazione dello stesso concetto di competenza in ragione di una sua certificazione (Cfr., Benadusi, Consoli, 2005). Ciò non toglie che, come risulta dall’indagine multiscopo dell’Istat (2008), gli italiani sono interessati ad aggiornarsi. Nel rapporto, infatti, è possibile leggere che “Nel 2006 il 41,7 per cento delle persone di 18 anni e più ha effettuato almeno un’attività di formazione negli ultimi 12 mesi precedenti l’intervista” e che queste attività hanno riguardato veri e propri corsi di studio volti all’ottenimento di titoli certificati dal sistema nazionale delle qualificazioni (40 per cento); corsi di formazione che sono, invece, attività strutturate che possono dare diritto ad un attestato ma che non modificano il titolo di studio di chi le pratica (16,3 per cento); attività di autoformazione che sono pratiche strutturate in forma autonoma (ad es. vedere un film in lingua straniera) con l’intenzione di aumentare e migliorare le proprie conoscenze (35,8 per cento). Che, in effetti, ci sia una domanda di formazione è verificabile anche attraverso l’offerta: si pensi alla diffusione dell’e-Learning che – a quanto dichiarato dall’Osservatorio e-Learning 2006 – dà indicazioni di “previsioni di sviluppo molto incoraggianti segnalando che ci siano i presupposti per un decollo effettivo di tali modalità di apprendimento. Si aggiunge a questo il decollo, nel panorama della formazione in Internet, della MyLifeTV che azzera le distanze geografiche e abbassa i costi dei corsi, permettendo così ad un vasto pubblico di diventare protagonisti della

Il tempo del lavoro deve diventare sempre più il tempo dell’apprendimento di conoscenze e di capacità nuove e diverse

propria formazione. Partendo dal presupposto che la formazione tradizionale non è più in grado di soddisfare adeguatamente l’esigenza di comprendere i nuovi scenari, alcuni studiosi si sono posti il problema di reinventare, nelle forme e nei contenuti, così come nei luoghi e nei tempi, l’offerta formativa puntando, prevalentemente, sulla contaminazione dei linguaggi, sull’interazione tra studente e discente e sull’uso delle nuove tecnologie. Definita dagli autori “formazione liquida” (Cfr., F. Amicucci; P. Previdi, 2002), questo tipo di proposta si pone l’obiettivo di coniugare le innovazioni metodologiche con gli strumenti più tradizionali; far nascere ambienti di formazione permanente legittimando l’autoformazione e la formazione implicita. Ma cosa ne pensano i lavoratori? Se la stragrande maggioranza di loro pensa che “la formazione è essenziale per crescere professionalmente” (93 per cento); che rende il lavoratore “attivo e consapevole” (87 per cento); che “rende le imprese più competitive” (86 per cento); che “consente di adattarsi a un mondo che cambia velocemente” (82 per cento); che “rende più efficiente la P.A.” (73 per cento) e, non in ultimo, che “facilita le opportunità di un guadagno maggiore” (63 per cento), la positività dei giudizi sulla formazione in generale non è altrettanto presente tra coloro che hanno seguito i percorsi formativi. Infatti, il 65 per cento degli intervistati dichiara che questa molto spesso è oggetto solo di chiacchiere e convegni; è segnata da “una gestione non sempre trasparente” (64 per cento); è inquinata da “interessi politici e economici” (60 per cento); è meno “qualificata che in altri Paesi” (58 per cento). Si aggiunga che solo il 51 per cento degli intervistati (Cfr. Anes, 2005) ha dichiarato di essere stato coinvolto in attività formative connesse al lavoro svolto e che meno del 50 per cento ha ricevuto una formazione dopo aver iniziato a lavorare mediante colloqui con persone esperte; corsi organizzati dal datore di lavoro; la lettura di libri, dispense o riviste specializzate.

La realtà complessa e mutevole che oramai pervade – come un’onda ininterrotta – l’esistenza di ognuno può, senza dubbio, trovare un valido ausilio nella formazione e nel continuo rinnovarsi delle forme educative. Ma queste, anche quando attrezzate con le più alte competenze o supportate dai più avveniristici mezzi tecnologici, vincono la scommessa solo se – per dirla con le parole di F. Frabboni – non standardizzano le persone “in serie”; ovvero, solo quando non espropriano e non violano la singolarità, l’eccellenza, l’irriducibilità, l’irripetibilità degli individui. Cioè solo quando gli uomini non sono visti come “risorse mercificabili”, ma come soggetti-persone. •

La formazione rappresenta così un punto d’incontro fra le potenzialità e i bisogni dell’individuo e quelle dell’organizzazione; fra il sapere individuale e il “saper fare” collettivo

Diario di una missione nel cuore dell'Africa

Il racconto di un'iniziativa nel Ciad dove i militari italiani hanno allestito un ospedale da campo. La realtà di una regione del Continente africano dove, a livello sanitario, c'è bisogno di tutto



Medici italiani della missione in Ciad

di Giuseppe Caldarelli (*)

4 Luglio, data significativa, pronti per partire per una nuova missione, una nuova avventura, dopo tante già fatte (Somalia, Bosnia, Kosovo, Iraq). L'incarico che mi è stato assegnato è quello di Direttore del Role 2, l'Ospedale italiano da campo dell'Esercito Italiano, e di Capo Nucleo chirurgico. Presto servizio in Patria, pres-

so il Policlinico Militare di Roma, come la maggior parte dei medici e degli infermieri di questo gruppo, che rappresenta la spina dorsale dell'Ospedale Interforze che dovrò dirigere. Interforze perché una piccola quota è rappresentata da personale dell'Aeronautica Militare, dell'Arma dei Carabinieri e della Marina Militare. Questa missione ci proietta in Africa, si torna in quel Continente dopo tanti an-

ni, in Ciad per l'esattezza. Arriviamo ad Abechè, sotto le sabbie del grande deserto libico. Abechè, capitale della provincia di Ouaddai; è la quarta città più grande del Ciad, sita a circa 100 chilometri dal confine con il Sudan, dai campi profughi del Darfur. Ci accorgiamo subito che questa è un'altra Africa, non quella emozionante dei Safari o delle spiagge come farina che siamo abituati a vedere sulle coper-

tine dei tour operator. Ci assale subito la povertà, la disperazione, il degrado di questo popolo, che è considerato il quarto paese più povero del mondo.

La nostra missione, nel Ciad, si svolgerà sotto l'egida della missione Eufor.

Il nostro gruppo che costituisce il Role 2 è costituito da 34 persone. Forniamo assistenza sanitaria a tutti i militari della Missione Eufor (circa 3500 nel territorio), ai dipendenti della polizia dell'Onu, alle organizzazioni non governative, ai militari della missione Francese "Epervier" e dal 2 giugno 2008 alla popolazione civile.

Il Role 2 è un ospedale militare da campo per lo più sotto tenda, ad esclusione di alcune sezioni in strutture rigide, che garantisce standard sanitari europei. L'ospedale è strutturato con tende da ricovero con 45 posti letto, un Pronto soccorso per garantire tutte le urgenze, una sala operatoria attrezzata, una sala di terapia intensiva, una sezione radiologica per Rx standard ed esami ecografici, un laboratorio di analisi per esami ematochimici e per il controllo batteriologico delle acque. Inoltre un ambulatorio chirurgico, internistico, ortopedico, odontoiatrico, una farmacia e un ambulatorio dedicato alle visite per la popolazione civile.

Torniamo al Ciad. La prima cosa che più ci colpisce è l'aspetto sanitario. Mi reco in visita presso l'Ospedale civile di Abechè, uni-

co della zona, accompagnato dal responsabile sanitario il dr. Pius Knecht. La situazione è drammatica, mancano tutte le norme igienico-sanitarie di base, le apparecchiature diagnostiche, i farmaci, spesso manca la luce. Le corsie malandate sono ricolme di corpi, per lo più bambini, denutriti, accuditi dalle povere madri.

Questa situazione ha spinto noi, le nostre organizzazioni ed il dr. Pius, alla firma di un protocollo di intesa, finalizzato a fornire assistenza sanitaria alla popolazione civile. Protocollo che ufficializza l'ambulatorio per civili aperto il 2 giugno scorso. La firma del protocollo è avvenuta il 6 agosto 2008.

L'Ospedale Militare da Campo dell'Esercito, è sempre pronto a dare sostegno a tutti, oltre che ai poveri ciadiani, soprattutto a tutti i militari della missione Eufor.

Parlavo dei molti volti del popolo ciadiano, frammito di disperazione, povertà, analfabetismo, ma in-

triso di profonda dignità. "Dignità" che ho potuto apprezzare presenziando ad una funzione religiosa, nell'unica chiesa cattolica di Abechè (solo il 20% della popolazione è di religione cattolica). Chiesa ben curata, pulita, con file regolari di banchi di legno. Affollata, in ogni ordine di posto. Noi entriamo fra la folla che non fa caso a noi. Entra il prete, bianco, di origine europea, inizia la messa, tutti sono composti, dignitosi, abiti dai colori sgargianti che risaltano ancor più sulla pelle scura, si odono le prime note di una musica ritmata, iniziano i canti, molti si muovono compostamente al ritmo delle note. Provo a chiudere gli occhi... immagino di essere in Alabama, mi sembra di vivere i canti gospel degli schiavi delle piantagioni di cotone. Torno alla realtà. Sono in Ciad.

Molti di questi volti, li incontriamo di nuovo, nel nostro ospedale. Vengono da noi, per essere curati, per essere "coccolati" dal mondo sanitario, così deficitario presso il loro. Noi siamo lì, anche questa è la nostra missione.

Fra i mille casi disperati parlo di Osman, un bambino di 5 anni ricoverato da noi da circa tre mesi. È arrivato nel nostro ospedale nel turno precedente al mio (i nostri turni si succedono ogni 2 mesi), con un morso di serpente ad una gamba, avvenuto tempo prima. I genitori si erano rivolti ad un guaritore.

Grazie alle cure presso l'ospedale è stato salvato un bambino di cinque anni morso da un serpente

Il bambino stavo morendo, i colleghi gli hanno salvato la vita, ma non la gamba. Gli è stata amputata sotto il ginocchio. Ora è ancora ricoverato, in attesa del tempo giusto per avere un arto artificiale: è sempre sorridente, non piange mai. Appoggiato alle sue piccole stampelle corre divertito fra le tende dell'ospedale. È diventata la nostra mascotte.

Un'altra storia da raccontare. Siamo verso la fine di luglio. È una sera come tante, sono le otto di sera, quando giunge un medico del Role 1 francese (struttura sanitaria di primo intervento) che ci avvisa di un ferimento da arma da fuoco.

Arriva l'ambulanza con una donna ferita: è cosciente, a stento ci racconta l'accaduto. È grave. La trasportiamo con urgenza presso il nostro Pronto soccorso dove viene monitorizzata. Si dà avvio a tutte le procedure diagnostiche (Rx, ecografie, analisi del sangue). La paziente presenta una grave emorragia interna. Deci-

do, con la mia equipe, di sottoporla ad un intervento chirurgico di urgenza. La paziente presenta abbondante sangue in addome. Individuiamo la milza con una frattura a raggiera su tutta la capsula. Praticiamo una splenectomia. Continuiamo per arrivare ad una stabilizzazione della paziente. Dopo circa cinque ore, terminiamo il nostro lavoro. I valori ematici, pian piano tornano alla normalità, la paziente è salva. Siamo tutti distrutti da una nottata di lavoro, ma soddisfatti, dell'ottimo lavoro svolto presso il nostro piccolo ospedale da campo, il Role 2 dell'Esercito Italiano.

Le condizioni della paziente, al controllo della mattina, risultano stabilizzate. La paziente, in servizio presso la Croce Rossa Internazionale di stanza in Abechè, nel tardo pomeriggio viene trasportata con un aereo a Zurigo per il proseguimento delle cure. Dopo circa una settimana, arriva, inaspettatamente, una lettera della Croce Rossa Internazionale, che ringrazia ufficialmente me, tutta la mia equipe, tutti i medici ed infermieri dell'Ospedale Militare per aver salvato la vita di una loro rappresentante.

Questo è il Ciad, dalle mille sfaccettature, dai mille volti, dalle mille problematiche, dove noi tutti, con il nostro Role 2, con il nostro lavoro cerchiamo di dare un aiuto sanitario e umano.

(*) Col. Co. Sa. (me)
Policlinico Militare
di Roma

Una struttura con 45 posti letto, un pronto soccorso, sala operatoria, sezione radiologica e un laboratorio di analisi

*Immigrati sbarcano
ad Ellis Island (New York)
nei primi anni
del secolo scorso*



Se l'immigrazione è questione di salute

La ridefinizione delle norme politico-sociali e religiose e quindi dell'identità etnica che gli immigrati affrontano può sfociare in isolamento, solitudine e compromissione del benessere fisico e mentale. La complessa situazione sanitaria della donna

di Lina Vita Losacco

La migrazione ha sempre avuto implicazioni importanti di tipo storico, culturale, demografico per il Paese ospitante con un impatto differente in relazione all'essere temporanea o permanente, volontaria o forzata. Se da un lato c'è la comunità accogliente che deve rimettere in discussione le proprie norme politico-sociali e religiose, dall'altro ci sono i migranti o "fratelli di mare" che mentre idealizzano gli aspetti positivi del nuovo mondo, devono rivedere la propria identità etnica che fa parte

della identità personale e che deriva dalla consapevolezza di appartenenza a un gruppo sociale. L'identità etnica del migrante, anche per il solo passaggio da una terra all'altra, viene minata e associata a una serie di situazioni che definiscono lo stress da transculturazione. Non riconoscersi e non essere riconosciuto, associato alla rottura con il proprio ambiente culturale, alla carenza di scambi sociali, comporta il rischio elevato di vivere esperienze di isolamento e solitudine, compromettendo il benessere e la qualità della vita o determinando l'insorgere di di-

sturbi mentali. Il buon esito del processo d'integrazione, sostiene F. Fornari, dipende dalla capacità di elaborare il lutto, l'immigrato che rimette in discussione l'equilibrio raggiunto necessita di una ristrutturazione del proprio equilibrio interno. Secondo alcuni studi il concetto di emigrabilità indica "la capacità potenziale dell'emigrante di riacquistare nel nuovo ambiente, in modo graduale e rapido, una parte del suo equilibrio interno, quando l'ambiente glielo permetta, e al tempo stesso la capacità di integrarsi nel nuovo contesto senza essere disturbato o di distur-

bo" (Menges LJ, 1959). Dunque l'individuo migrante integrato è colui che si adatta alla nuova situazione storico-culturale-sociale conservando la sua cultura di origine attraverso non la mescolanza (melting-pot) ma la coesistenza delle due culture ognuna con la propria originalità (salad pot).(1)

Gli studi(2) hanno rilevato che la perdita dei propri punti di riferimento pone l'immigrato in una posizione "one-down", di passività e sottomissione, reale o immaginaria, accompagnata da sofferenza, panico, paura, confusione e lutto, manifestazioni definibili disturbi d'adattamento (DSM IV).

**Il parto avviene
con taglio cesareo
a causa
di complicanze
non diagnosticate**

(1) Frighi L. Il contributo dell'igiene mentale transculturale al processo di integrazione degli immigrati. *Attualità in psicologia* 1995; 2-3; 225-232.
(2) Paolillo V, Santoro MA. Mobbing e culture shock. *Atti Convegno nazionale AP-SIMP*; 2001.

LA CONDIZIONE DELLA DONNA MIGRANTE

La condizione delle donne migranti è ancora più complessa, proprio in quanto donna oltre che migrante. Le donne straniere presenti in Italia rappresentano il 49,9 per cento del totale degli immigrati (3.690.052); rispetto al 1991 (42 per cento) l'aumento è di sette punti percentuali. Inoltre la retribuzione annua di una donna immigrata è in media di euro 7.136,00, pari al 58,6 per cento di quanto percepito dagli uomini (Inps 2004); anche il rischio di disoccupazione (8,6 per cento) riguarda più le donne (Caritas-Migrantes, 2006); mettendo in relazione la povertà con lo stato di salute, quest'ultimo risulterà più a rischio per la difficoltà di accesso alle cure. Vi si aggiungono deprivazione delle relazioni affettive, segregazione dei legami familiari, esclusione sociale.

La donna migrante, rassegnata alla sofferenza per il distacco dalla famiglia e dai figli, sovente porta con sé la condizione di esclusione già vissuta nel proprio paese di origine, amplificata dalla marginalizzazione socio-economica e culturale; come sovrappeso nel tempo e nello spazio, spesso mantie-

ne rapporti in qualche modo ghettizzati con la propria comunità di origine, sottraendosi al processo di integrazione e di scambio interculturale. Relegata in spazi e ruoli marginali, è invisibile anche rispetto al proprio stato di salute, soprattutto riproduttivo. Il parto che di per sé è un evento incisivo nel ciclo vitale della donna per i cambiamenti rispetto alla sua identità, ha un ruolo ancora più determinante per la donna migrante che deve affrontare l'inserimento in un contesto socio-culturale del tutto nuovo. A causa della necessità di dover lavorare per sostenere i figli e la famiglia d'origine, non conoscendo i consultori, i propri diritti e gli aspetti normativi relativi al percorso nascita (come la legge che regola i diritti delle donne lavoratrici in gravidanza), la donna migrante vive in solitudine situazioni particolarmente problematiche. Ad esempio, durante la gravidanza, la donna migrante effettua pochi esami di controllo e, nella maggior parte dei casi, accade che i parti avvengano con taglio cesareo a causa di complicazioni non diagnosticate in tempo. Tra le immigrate i tagli cesarei d'urgenza rappresentano il 21,4 per cento e circa il 100 per cento tra le donne filippine, peruviane e provenienti dal Bangladesh. (3) Sempre tra le donne straniere vi è una maggiore in-

cidenza di parti pretermine, basso peso alla nascita, maggior ricorso alla rianimazione neonatale, oltre gli elevati tassi di mortalità neonatale. (4)

Da una serie di studi risulta che per l'assistenza prenatale il 70 per cento delle donne immigrate si rivolge al servizio pubblico in modo irregolare e cambiando spesso struttura, a fronte del 75 per cento delle donne italiane assistito dal ginecologo privato.

La popolazione femminile immigrata, a causa dell'accesso limitato al sistema sanitario e alla informazione, viene esclusa anche dai progetti di prevenzione, anche per motivazioni legate alla cultura (prevale il concetto di cura e una diversa concezione del corpo, del concetto di salute, della maternità). Inoltre la dura realtà e le frustrazioni subite impediscono alla donna migrante di trovare la volontà, il tempo, l'energia, per prendersi cura di sé. Il non riconoscimento del "grande sforzo umano e fisico", impiegato nel percorso migratorio, oltre a ridurre l'autostima crea un forte stato di disagio/malessere nella donna migrante che manifesta depressione, ansia, disturbi psicosomatici, ecc.

Per migliorare l'accesso alle cure è fondamentale oltre che favorire l'informazione delle immigrate sugli aspetti normativi socio-sanitari anche facilitare l'accesso ai

Bisogna facilitare l'accesso ai servizi attraverso interventi di mediazione culturale

servizi attraverso interventi di mediazione culturale, nonché promuovere la formazione degli operatori sanitari.

Il soddisfacimento dei bisogni primari quali vitto, alloggio, lavoro e salute da parte dei servizi istituzionali e del privato sociale non basta. È fondamentale rispondere anche al bisogno relazionale e quindi ricostruire una rete sociale di supporto, realizzare degli interventi atti ad aumentare l'empowerment e a rafforzare le donne immigrate nell'affrontare le difficoltà di transculturazione. Per prevenire le malattie della povertà, contrastare l'emarginazione e ridurre le ingiustizie sociali sulla salute, l'Oms ha istituito la Commissione sui determinanti sociali di salute. (5)

In Italia, l'Inmp (Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà), con sede a Roma, realizza interventi di diagnosi e cura, oltre studi e ricerche scientifiche per il contrasto alla salute diseguale, con un approccio multidisciplinare e transculturale. •

(3) Salute Donna. Servizi sanitari e discriminazioni razziali. Strumenti e pratiche di prevenzione e contrasto della discriminazione razziale nell'accesso all'assistenza medica. Riv It Ost Gin 2007: 16.

(4) Morrone A. La salute della donna: tra nord e sud del mondo. Istituto Nazionale per la Promozione della salute delle Popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della povertà Roma.

(5) L'Ufficio europeo dell'Oms per gli Investimenti per salute e lo sviluppo ha sede a Venezia.



Marzo e le sue storie...

Gli uomini, se qualcuno gli fa un brutto tiro, lo scrivono nel marmo; ma se qualcuno gli usa un favore, lo scrivono sulla sabbia.

**Tommaso Moro,
Storia di re Riccardo III**

Alberto Tomba



19 MARZO 1995

Alberto Tomba vince la Coppa del mondo di sci. Prima di lui tra gli italiani, venti anni prima, era toccato a Gustavo Thoeni.

3 MARZO 1993

Albert Sabin, l'uomo che scoprì il vaccino contro la poliomielite, muore negli Stati Uniti a Washington.



Albert Sabin

18 MARZO 1990

Eccezionale furto a Boston: vengono trafugati dodici dipinti di Manet, Degas e Rembrandt. Il valore complessivo del furto si stima raggiunga i 200 milioni di dollari.

17 MARZO 1986

Scandalo in Italia: tre persone muoiono a causa del vino al metanolo.

11 MARZO 1985

Michail Gorbacev, alla morte di Konstantin Cernenko, viene eletto in Unione Sovietica segretario del Pcus.

24 MARZO 1983

Negli Stati Uniti, dopo 112 giorni dal trapianto, muore il primo uomo al quale è stato impiantato un cuore artificiale.

16 MARZO 1978

Le Brigate rosse rapiscono a Roma, in Via Fani, Aldo Moro. Rimangono uccisi i cinque uomini della scorta.



24 MARZO 1976

In Argentina Isabel Perón viene deposta dai militari che in questo modo salgono al potere.

2 MARZO 1969

In Francia viene effettuato il primo volo di prova per l'avveniristico Concorde.

3 MARZO 1960

Giovanni XXIII, per la prima volta nella storia della Chiesa, eleva a cardinale un religioso di colore: si tratta di Laurean Rugambwa.



5 MARZO 1953

Colpito da emorragia cerebrale muore in Unione Sovietica Iosif V. Stalin. Il suo corpo venne collocato, dopo l'imbalsamazione, nel mausoleo di Lenin. Solo tre anni dopo Nikita Kruscev, nuovo segretario del partito, denunciò i crimini di Stalin: tra le prime conseguenze vi fu che la salma venne rimossa dalla Piazza Rossa e cambiarono nome le tante città che di Stalin portavano il nome.

21 MARZO 1961

I Beatles si esibiscono per la prima volta al Cavern club di Liverpool.





TEMPI E MODI PER LA PUBBLICAZIONE

Le notizie inerenti congressi, convegni, corsi e manifestazioni scientifiche, devono essere rese note alla redazione del giornale dell'Enpam - **oltre tre mesi prima dell'evento** - tramite posta all'indirizzo Via Torino, 38 - 00184 Roma; via e-mail all'indirizzo congressi@enpam.it; via fax ai numeri 06/48294260 - 06/48294793. Per esigenze tipografiche e di spazio si invita a trasmettere testi sintetizzati in circa dieci righe. Si ribadisce che la pubblicazione degli avvisi è gratuita. Per ulteriori informazioni: Dott. Andrea Meconcelli, tel. 06 48294513, e-mail: congressi@enpam.it

Conferenza internazionale

Equal opportunities for health: action for development

Padova, 3-4 aprile, Dipartimento Sociologia, Facoltà Scienze Politiche

Obiettivi: obiettivo della conferenza è di riunire studenti, accademici, professionisti, ricercatori, rappresentanti di organizzazioni, istituzioni sanitarie e della formazione, e di imprese del settore, al fine di creare nuove sinergie, rafforzare reti e partenariati nell'ambito di un piano d'azione per promuovere e insegnare la salute globale

Iscrizioni: entro e non oltre il 13 marzo inviando la scheda di registrazione allegata a: globalhealth@cuamm.org

Informazioni: sito web: www.mediciconlafrica.org/globalhealth

Anca patologica

Roma, 28 marzo, aula magna ospedale San Pietro Fatebenefratelli, Via Cassia 600

Responsabile: dott. Michele Calderaro

Obiettivo: l'anca è al centro di un incontro multidisciplinare che affronta le patologie e le disfunzioni che affliggono questa importante articolazione durante la sua evoluzione, dalla nascita alla terza età

Iscrizioni: sig. Francesco Drago, e-mail: drago.francesco@fbfrm.it

Informazioni: dott. Michele Calderaro, sito web: www.artroscopiaanca.org, tel. 06 33582141

Ecm: in fase di accreditamento



Occlusione e diagnosi in riabilitazione orale

Varese, 19 – 20 – 21 marzo, Atahotel

Relatore: prof. Anibal A. Alonso

Argomenti: il corso, dedicato all'occlusione e alla diagnosi in riabilitazione orale, prevede una parte teorica e una pratica ed è riservato, con numero chiuso, a odontoiatri, odontotecnici, e studenti in odontoiatria e protesi dentaria

Informazioni e iscrizioni: e-mail: poiesiscorsi@email.it, tel. 0332 831660, 349 6052469

Istituto di medicina didattica

Medicina estetica

Catania, 7-8 marzo, Hotel Jolly Bellini

Presidente: prof. Giovanni Micali

Coordinamento: dott. Giovanni Biondi

Alcuni argomenti: cartella clinica e visita; cenni di psicologia; le obesità: diagnostica, terapie generali e localizzate; liposcultura e lipofilling; dietologia; gli integratori; invecchiamento cutaneo

Dietologia

Catania, 21-22 marzo, Hotel Jolly Bellini

Direzione scientifica: dott. Giuseppe Trovato

Alcuni argomenti: elaborazione dieta, calcolo metabolico totale, fabbisogni, distribuzione alimenti, guida al computo calorie, liste di scambio, fisiopatologia metabolismo carboidrati

Informazioni: Segreteria Scientifica tel. 347 1080445 - **Segreteria Organizzativa:** tel. 095 437357

Meeting vestibolare di primavera “Aldo Dufour”

Firenze, 27 e 28 marzo

Direttore: dott. Luigi Califano

Destinatari: il meeting è rivolto a medici chirurghi specialisti in otorinolaringoiatria ed audiologia e foniatria, tecnici di audiometria, tecnici audioprotesisti

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Forum Executive Srl, Via E. Barsanti 24, 59100 Prato (Po), tel. 0574 071890, fax 0574 071891, e-mail: segreteria@forumexecutive.it

Segreteria Scientifica

Luigi Califano, Maria Grazia Melillo, SSD di Audiologia e Foniatria AORN “G. Rummo” Benevento tel. 0824 57407, e-mail: vertigobn@hotmail.com

Ecm: richiesto accreditamento ecm

Società italiana di medicina e chirurgia estetica

Chirurgia estetica del viso e del collo

Bologna, 29 marzo, Divisione Didattica Valet srl

Alcuni argomenti: anatomia chirurgica viso e collo, tecniche anestesilogiche nella chirurgia del volto, invecchiamento del volto e correzione con tecniche chirurgiche, complicanze e loro gestione

Docenti: dott. Salvatore Fundarò, d.ssa Rosalba Russo

Durata: 1 stage di 8 ore

Informazioni: Segreteria Organizzativa Valet s.r.l., Via dei Fornaciai 29/b, 40129 Bologna tel. 051 6388334, fax 051 326840, e-mail: info@valet.it, sito web: www.valet.it

E.c.m.: evento in fase di accreditamento

Agopuntura e medicina non convenzionale

nei disturbi dell'età matura e della senilità

Torino, 4 aprile, centro congressi Unione Industriale Torino

Presidenti: M. Lombardo, P.E. Quirico

Alcuni argomenti: invecchiamento e malattie croniche: necessità di una integrazione tra cura e prevenzione; agopuntura e medicina cinese nella prevenzione dei disturbi dell'età matura e della senilità; efficacia del ginkgolide B nell'invecchiamento cerebrale

Informazioni: Segreteria Scientifica dott.ri G.B. Allais, M. Grandi, G. Lupi, A. Magnetti, A. Rebuffi

Segreteria Organizzativa: Centro Studi Terapie Naturali e Fische, tel. 011 3042857; fax 011 3045623 sito web: www.agopuntura.to.it - e-mail: info.cstnf@fastwebnet.it



Società medica italiana di psicoterapia ed ipnosi

Psicoterapia ed ipnosi clinica

Cesena, 10 aprile, sala Luigi Einaudi, Galleria Einaudi n.6

Moderatrice: Redina Gega

Alcuni argomenti: sogni e ipnosi: le metafore dei pazienti; ipnosi: un magico viaggio a due; ipnosi e terapia breve strategica; la comunicazione terapeutica: rischi di abusi

Informazioni: Comitato Scientifico

Dott. Riccardo Arone di Bertolino, d.ssa Redina Gega, dott. Maurizio Massarini, d.ssa Elisabetta Zauli

Segreteria Organizzativa

S.M.I.P.I., Via Porrettana 466, 40033 Casalecchio di Reno (Bo), tel. 051 573046, fax 051 932309,

e-mail: inedita@tin.it

European society for biological laser therapy and acupuncture

Laser endovena e laser agopuntura

Sangemini, 4-5 aprile

Presidente: prof. F. Bahr

Direttori: dott. Francesco Raggi, dott. Giuseppe Vallesi

Argomenti: gli effetti sistemici della terapia laser endovena e laser agopuntura in medicina interna, con particolare riguardo alle malattie respiratorie, metaboliche, cardiocircolatorie ed immunologiche; ulteriori applicazioni in medicina dello sport studi e letteratura scientifica

Informazioni: Segreteria Scientifica tel. 328 8988167, sito web: www.laserendovena.com, e-mail: info@laserendovena.com

Ecografia generalista Fimmg

Vibo Valentia, 17, 18, 19 aprile

Destinatari: medici di medicina generale

Coordinatore scientifico: dott. Fabio Bono

Il corso si articolerà in 2 sessioni: muscolo- scheletrica: dedicata allo studio ecografico delle più diffuse patologie muscolo- scheletriche di più frequente riscontro nello studio del mmg; ecocolorodoppler: dedicata allo studio delle patologie vascolari di più frequente riscontro nello studio del mmg

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Fimmg-Metis via Marconi 25, Roma, Doristella Ambroggio tel. 06 54896625, e-mail: ecogen@fimmg.org, bonofabio@alice.it

Ecm: accreditamento in corso

Congresso Regionale Aogoi – Agite Emilia Romagna

I colori della salute

Pieve di Cento (Bo), 16-17-18 aprile

Corso di diagnosi e terapia dell'infertilità - corso di ecografia office

Presidenti: Pietro Di Donato, Giovanni Fattorini, Ezio Bergamini

Obiettivi: offrire allo specialista una metodologia ed un approccio culturale alla sterilità di coppia, imparare a sfruttare al meglio la tecnologia ecografica al momento della visita, saper gestire ed affrontare nel modo migliore le nuove problematiche mediche e sociali legate ai flussi migratori

Informazioni: Segreteria Organizzativa D.B. S.r.l., Viale A. Corassori n° 70, 41100 Modena, tel. 059 358788, fax 059 342757, e-mail: segreteria@eziobergamini.it

Cardiologia clinica ed interventistica cardiovascolare

Roma, 8 e 15 aprile

Responsabile del Corso: prof. Massimo Fioranelli

Coordinatore: dott. Luigi Pignataro

Obiettivo: migliorare le conoscenze e le competenze professionali per le patologie cardiovascolari

Temi: interventistica coronarica, interventistica vascolare periferica

Destinatari: medici generici e cardiologi

Informazioni e iscrizioni: segreteria.medici@ordinemediciroma.it



Mesoterapia

Rende-Cosenza, 17-18-19 aprile

Coordinatrice: d.ssa Palma Fanello

Alcuni argomenti: tecnica e strumentario; meccanismi d'azione: la mesoterapia nelle reumoartropatie, vasculopatie periferiche e dermatologia; effetti collaterali e controindicazioni; l'implantologia dermoestetica

Informazioni: Segreteria Scientifica tel. 329 4851520

Segreteria Organizzativa: tel. 0984 837372

Associazione scientifica didattica e aggiornamento in cardiologia

Ecodoppler vascolare arterioso per cardiologi, internisti e diabetologi

Roma, 18 aprile

Direzione didattica: dott. Luciano Arcari, dott. Roberto Gagliardi

Obiettivo: corso dedicato a specialisti in cardiologia, medicina interna, diabetologia e geriatria sull'uso dell'ecodoppler nelle malattie vascolari che rappresentano oltre il 50% delle cause di mortalità e morbidità. Il corso ha un orientamento prevalentemente pratico: ad una breve introduzione teorica sulle modalità di esecuzione degli esami nei vari distretti arteriosi, seguirà una ampia sessione pratica con la proiezioni di esami eseguiti in diretta e con la esecuzione da parte dei discenti divisi in gruppi di ecodoppler vascolari arteriosi

Informazioni: associazione Asdac, e-mail: luciano.arcari@fastwebnet.it, cell. 336 786955

Ecm: riconosciuti 9 crediti ecm

Posturologia

Roma, 28 – 29 marzo, Hotel Crowne Plaza, San Pietro

Presidente: prof.ssa G. Raffaetà

Coordinatore Scientifico: prof. P. Caiazzo

Argomenti: il Corso, di tre giornate, è diretto a "fare il punto" sullo sviluppo della medicina posturale e ad analizzare come la posturologia stia evolvendo e coinvolgendo altre specializzazioni come l'ortopedia, la pediatria, l'odontoiatria, l'ortodonzia, l'osteopatia, la medicina dello sport, la fisiatria

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Glm edizioni srl, Via dei Genieri 153, 00143 Roma

tel. 06 50514427, fax 06 233242443, e-mail: info@marrapesedizioni.com, sito web:

www.marrapesedizioni.com

Ecm: richiesto accreditamento dell'evento presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina

Workshop ipc & ishac

Milano-Fiera, dal 22 al 25 marzo

Direzione: Mario Carminati, Massimo Chessa, Gianfranco Butera, John Cheatam

Obiettivo: fornire un aggiornamento completo sul trattamento interventistico delle cardiopatie congenite dal feto all'adulto

I maggiori esperti mondiali saranno presenti dedicando la prima giornata all'insegnamento step-by-step delle principali tecniche interventistiche ai colleghi più giovani, e analizzando nei giorni successivi le nuove tecniche con anche gli approcci ibridi, con l'ausilio di casi in vivo tramite collegamenti via satellite dalle sale di emodinamica dei principali centri mondiali

Informazioni e iscrizioni: workshop@cq-travel.com

Ecografia internistica

Roma, 13-14 marzo

Docenti: d.ssa Monica Sanalidro, dott. Rosario Rocca

Obiettivi: il Corso si propone di porre le basi teoriche dell'ecografia internistica e si rivolge in particolare ai medici di base. Nel pomeriggio sono previste demo e prove pratiche

Alcuni argomenti: addome superiore, pelvi femminile, pelvi maschile, ecografia scrotale, tiroide, mammella, vescica e prostata

Informazioni e iscrizioni: Eidomedica srl, Via Aurelia 678, 00165 Roma

tel. 06 6650291, fax 06 66502953, e-mail: info@eidomedica.it, sito web: www.eidomedica.it



Posturologia – Riprogrammazione posturale globale

Padova, aprile – novembre

Presidente: prof. G.P. Giron

Nei quattro seminari che compongono il Corso, di complessive 70 ore, viene proposta la posturologia secondo il prof. Bernard Bricot; vengono analizzati il sistema tonico – posturale ed i suoi recettori periferici, quali piedi, occhio, apparato stomatognatico, pelle, cicatrici, ed il loro ruolo nella genesi di patologie cronico-degenerative. Il corso è finalizzato alla definizione di una corretta diagnosi, con conseguente correzione degli scompensi posturali

Informazioni: prof. F. Ceccherelli, Sig.a C. Pedone, Dipartimento di Farmacologia ed Anestesiologia

Università di Padova, Via C.Battisti 267, 35121 Padova, tel. 049 8213092, e-mail: info@airas.it, sito web: www.airas.it; cell. 337 521885, 338 6577169

Ecografia tiroidea

Reggio Emilia, 16-19 marzo, 4-7 maggio, 12-15 ottobre, 30 novembre-3 dicembre, Arcispedale Santa Maria Nuova

Coordinatore: dott. Roberto Valcavi

Alcuni argomenti: agoaspirazione ecoguidata: noduli tiroidei, paratiroidi e linfonodi; ecografia tiroidea e paratiroidi; ecografia interventistica; ecografia diagnostica

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott. Andrea Frasoldati, e-mail: andrea.frasoldati@asmn.re.it

Segreteria Organizzativa: Dipartimento endocrinologia, Arcispedale Santa Maria Nuova, Viale Risorgimento 80, 42100 Reggio Emilia, tel. 0522 295275, fax 0522 295829

Congresso internazionale di riabilitazione sportiva e traumatologia

Cartilagine del ginocchio: dal trauma all'artrosi

Bologna, 25-26 aprile, Palazzo della Cultura e dei Congressi

Obiettivo: scopo del Congresso è creare un confronto sul tema delle lesioni cartilaginee e delle artrosi, ponendo al centro dell'attenzione il paziente e ricercando le migliori soluzioni diagnostiche, chirurgiche e riabilitative

Informazioni: Segreteria Organizzativa Cristina Zanetti, tel. 051 6112568, fax 051 6112567

e-mail: congressi@isokinetic.com, sito web: www.isokinetic.com

Risk management: decisioni, errori e tecnologia in medicina

Roma, marzo-ottobre, Università Cattolica del Sacro Cuore

Direttore scientifico: prof. Gianfranco Damiani

Obiettivo: trasferire le nozioni generali sul tema del risk management in sanità e gli strumenti pratici-applicativi per l'avvio e la gestione di un programma integrato di Risk Management sanitario

Informazioni: Simona Serafini, Servizio Formazione Permanente, Uscs, email: sserafini@rm.unicatt.it
tel. 06 30154297

Importanti contributi alla ricerca sul cancro della Fondazione Pezcoller

La Fondazione Pezcoller anche nel corso del 2009 ha incrementato, con numerose iniziative, il proprio impegno nella ricerca sul cancro. Il 9 maggio 2008, al Castello del Buonconsiglio a Trento, si è svolta la cerimonia per il "2008 Pezcoller Foundation-AACR International Award for Cancer Research", premio internazionale per la ricerca sul cancro, di 75.000 euro, assegnato al Prof. Axel Ullrich, Dep. of Molecular Biology, Max Planck Institute of Biochemistry, Martinsried, Germania. Sempre in ambito internazionale, è giunto alla sua ventesima edizione l'annuale simposio, costante appuntamento di eccellenza nell'ambito della ricerca internazionale di base, svoltosi a Trento dall'11 al 13 giugno col titolo: "Molecular Biology of Cancer: 20 Years of Progress Punctuated by the Pezcoller Symposia" con la partecipazione fra gli speakers anche di quattro dei premiati Pezcoller-AACR: Bissel, Cantley, Croce e Taniguchi.

Si sono, inoltre, tenuti a Trento tre seminari di aggiornamento medico: *11° Seminario Pezcoller* - "Diagnosi e terapie delle neoplasie non infiltranti della mammella: nuove acquisizioni 2006-2007"; *12° Seminario Pezcoller* - "I tumori: epidemiologia e prevenzione"; *13° Seminario Pezcoller* - "Advanced course on surgical pathology: the histological diagnosis of rare tumors and of frequent but controversial neoplasm".

Informazioni: sito web: www.pezcoller.it, tel. 0461 980250

Coronarografia non invasiva, contributo alla diagnostica

di Giorgio Spagnolo (*)

Merita più di una semplice recensione il volume "Cardio/TC – Coronarografia non invasiva", con il quale Fabio Fanfani, radiologo e figlio di Manfredo, il fondatore dell' Istituto Fanfani di Firenze, uno dei più avanzati centri diagnostici privati in Italia, cui l'opera è dedicata, e Mohamed Bamoshmoosh, cardiologo operante nello stesso Istituto, hanno affrontato l'attualissimo problema della coronarografia non invasiva, offrendo al mondo medico un chiaro e documentato "statto dell'arte". E lo hanno fatto con una accuratissima rassegna, accompagnata da una ricca casistica personale, in stretta collaborazione con la Facoltà Medica di Firenze, e con il supporto di numerosi collaboratori cardiologi e radiologi. La necessità di un documentato aggiornamento su questa metodica emerge dal fatto che lo sviluppo tecnologico in ambito di diagnostica per immagini in genere e di tomografia computerizzata in particolare è stato negli ultimi anni tale da permettere la visualizzazione dei vasi coronarici con un'accuratezza mai prima raggiunta se non con la coronarografia tradizionale. In altre parole, si è reso possibile studiare l'aterosclerosi

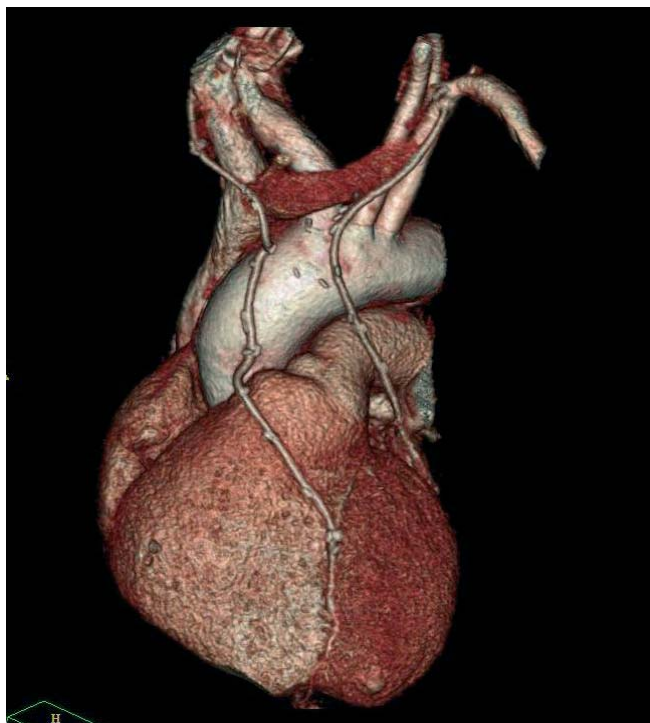
coronarica in modo "non invasivo", al di fuori delle sale di emodinamica. Ebbene, l'Istituto Fanfani, da anni all'avanguardia nella diagnostica per immagini, intuendo le possibilità di questa metodica, ha iniziato tra i primi ad usarla, acquisendo oltre 3 anni fa una TC a 64 slice e creando un team di cardiologi clinici, cardiologi interventisti e radiologi che, attraverso una reale collaborazione, sapesse interpretare correttamente le immagini dando un referto utilizzabile per le necessità cliniche del paziente, e dimostrando così la reale

complementarità di questa metodica alle altre indagini che valutano la patologia coronarica.

È infatti vero che la coronarografia tradizionale rimane la metodica ottimale per visualizzare i vasi coronarici, ma è altrettanto innegabile che è una metodica invasiva, complessa sia per il paziente, spesso restio ad accettarla, che per il sistema sanitario, nonché di costo notevole. Di qui l'importanza di individuare e conoscere bene i limiti della nuova metodica e le condizioni nelle quali la TC multistrato può risultare utile, in

quanto capace di aggiungere ulteriori informazioni per meglio caratterizzare ciascun paziente, tenendo tuttavia presente che, a fronte dell'indubbio grande vantaggio della non invasività, essa, nonostante gli accorgimenti volti a contenerla, implica l'esposizione ad una significativa dose di radiazioni ionizzanti. E l'esperienza fiorentina che emerge dal documentatissimo volume di Fanfani e Bamoshmoosh rappresenta un valido contributo alla individuazione del ruolo più appropriato della Cardio/TC nell'ambito degli altri esami cardiologici per lo studio anatomico delle coronarie. Non si deve infine dimenticare che, se il "gold standard" diagnostico resta ancora la coronarografia, questa rappresenta solo un semplice "calco" del lume vasale, senza alcuna possibile documentazione delle pareti. Ed inoltre solo un terzo dei pazienti che si sottopongono a coronarografia invasiva si giovano del successivo atto terapeutico, come ci ricorda l'American Heart Association. Ciò vuol dire che circa il 70% dei pazienti si sottopongono inutilmente ad un esame diagnostico che tuttora presenta complicanze sia locali che generali ivi compreso un sia pur basso rischio di morte, pari al 12 per mille (in corso di angioplastica), e che può validamente essere sostituito dalla Cardio/TC non invasiva. •

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



Cardio TC 3 Bypass aortocoron. con tutte e due le mammarie interne (la dx. per la discendente ant. e la sn. per un ramo marginale)



In una mostra la storia delle epidemie

di **Walter Pasini (*)**

La storia dell'uomo è stata accompagnata da grandi epidemie che ne hanno condizionato l'evoluzione ed il percorso storico. Quando le popolazioni hanno iniziato a raggiungere una certa densità ed hanno incrementato la mobilità, hanno creato i presupposti per la diffusione di malattie epidemiche, capaci di colpire in breve tempo molti individui.

Dal 348, anno in cui, dopo molti secoli la peste fece la sua terribile ricomparsa in Europa, l'Occidente fu flagellato da continue e ravvicinate ondate epidemiche. Le città che come Venezia, Napoli, Genova, Marsiglia avevano porti importanti attraverso cui si svolgeva

un'intensa attività di scambi commerciali con il Levante, dove erano presenti importanti focolai di malattie epidemiche, furono quelle ad esser colpite per prime. La Repubblica di Venezia fu la prima città-stato ad introdurre, nel 1423, un lazzaretto, come ospedale di stato, in un'isola della laguna per raggruppare i malati di peste. Il lazzaretto e la successiva elaborazione, nel 1468, di un altro modello di struttura portuale di quarantena in un'altra isola hanno costituito per secoli un modello di riferimento per la cultura sanitaria internazionale.

Le modificazioni d'uso, la distruzione ed il degrado del loro aspetto hanno fatto dimenticare le loro origini e la loro importanza quale misura di sanità pubblica. È ne-

cessario però mantenere viva la memoria storica delle modalità con cui in passato si sono affrontate le grandi epidemie. Non si può accettare che sia perduta una storia che ha accomunato piccoli e grandi stati contro un nemico comune che non rispetta frontiere. Per questo motivo abbiamo ritenuto di organizzare ad Ancona nella Mole Vanvitelliana, importante ex-lazzaretto, una Mostra su Vecchie e Nuove Epidemie che si svolgerà da 1° al 30 aprile. La Mostra illustra in 50 pannelli le caratteristiche delle principali malattie epidemiche del passato come peste, colera, sifilide, vaiolo, pandemia influenzale del 1918-19 e delle misure di sanità pubbliche atte a fronteggiarle. La seconda parte della Mostra illustra

invece le caratteristiche epidemiologiche delle principali malattie epidemiche di oggi, dall'Aids alla Chikungunya, alla Febbre del Nilo occidentale per chiudere con l'aggiornamento sull'influenza aviaria e sul rischio di una nuova pandemia influenzale. La Mostra è corredata da un'esposizione di libri antichi e di rimedi popolari.

La mostra intende comunicare al governo, al Parlamento, ai medici ed agli studenti di medicina che le epidemie rappresentano ancor oggi una minaccia importante per l'umanità. I governi devono pertanto adottare con ampio anticipo tutte le misure atte a fronteggiare questi eventi, mentre i medici dal canto loro devono acquisire maggior conoscenza delle caratteristiche epidemiologiche e cliniche delle malattie infettive e saper fare rapidamente diagnosi segnalando tempestivamente alle autorità di sanità pubblica ogni informazione al riguardo.

Il Comitato Scientifico della Mostra su Vecchie e Nuove Epidemie è composto da grandi esperti della materia come Roberto Cauda, Nelli-Elena Vanzan Marchini, Giorgio Cosmacini, Andrea D'Agostino, Giorgio Scalise, Francesco Chiodo, Stefano Arieti, Umberto Scapagnini, Salvatore Barbuti.

Dopo Ancona, la Mostra si sposterà presso le principali Università romane, per poi proseguire a Venezia, Bologna ed altre città universitarie italiane.

(*) *Direttore Centro Europeo di Global Health*

Medicina e professione, tante le nuove sfide

La medicina e la professione medica stanno rischiando di presentarsi inadeguate a fronteggiare nuove sfide.

Le patologie croniche, i disturbi stress correlati, neurovegetativi, psicosomatici o peggio ancora definiti idiopatici, cioè senza causa stanno crescendo inarrestabilmente

di Daniele Romano

Probabilmente oggi occorre, con grande umiltà, una nuova alleanza, sempre con regole scientifiche, comunque fondate sull'evidenza clinica, tra una medicina basata storicamente sulla chimica e l'apporto della scienza biofisica e le pratiche mediche complementari con riconosciuta efficacia clinica. Ne parliamo con un esponente di spicco della medicina tradizionale cinese, il prof. Aldo Liguori, direttore dell'Istituto Paracelso, Vicepresidente della Federazione mondiale delle Società di agopuntura, organizzazione non governativa dell'OMS e coordinatore di numerosi Master in materia alla Facoltà di medicina della "Sapienza" a Roma.

La pratica medica ancora classificata burocraticamente come patologia d'organo ha bisogno di evolversi e di integrare saperi e discipline per dare risposte alla domanda di salute sempre più insoddisfatta....

"La medicina moderna riconosce la patologia lesionale o tutt'al più funziona-



Il prof. Aldo Liguori

le. Il non riconoscere le insufficienze funzionali subcliniche dei differenti sistemi - nervoso, immunitario, endocrino, psichico ecc. - porta a incapacità di valutazione clinica, come ad esempio relegare erroneamente molti quadri, lamentati dai pazienti, nel cosiddetto ambito psicosomatico che semmai dovrebbe essere definito come somatopsichico. La mtc - medicina tradizionale cinese -, in mani esperte, ha grande capacità di identificare e trattare l'insieme dei sintomi del malato, interpretandoli come specifico elemento di un particolare momento della vita di un in-

dividuo o come espressione di una specifica condizione di risposta a una noxa patogena".

Le scoperte scientifiche della biofisica hanno individuato che i campi bioelettrici prodotti dal nostro organismo regolano l'intera vita endocrina, ormonale, enzimatica e sembra che avvalorino lo sguardo osservante delle medicine complementari.

"Il costrutto analogico della mtc rimarrà probabilmente per molto tempo ancora non traducibile nei corrispettivi termini moderni. Le scienze biofisiche dovranno progredire ancora molto per poter permettere

una traduzione esaustiva di tutte le sue componenti. Tuttavia i campi bioelettrici stanno iniziando a fornire credibili interpretazioni di singoli aspetti fisiopatologici, lasciando intravedere potenziali possibilità terapeutiche".

Come si passa dalla costruzione analogica antica della Medicina tradizionale cinese alle moderne evidenze cliniche dei suoi presupposti?

"Il pensiero intuitivo degli antichi cinesi aveva, fin dai primordi di questa antica civiltà, descritto la stessa alternanza e frequenza che si osservava nell'universo - macrocosmo - nelle funzioni dell'uomo - microcosmo -. Giorno e notte nel macrocosmo, veglia e sonno nel microcosmo.

Non solo, ma il pensiero induttivo cinese aveva definito che questa ritmicità nel corpo umano era endogena e predeterminata e inoltre che essa doveva adeguarsi ai ritmi cosmologici esterni, da cui era influenzata, per mantenere lo stato di salute".

Due filoni di ricerca moderna hanno confermato questi assunti: la cronobiologia che asserisce il significato endogeno e predeterminato del ritmo e gli studi che hanno dimostrato la sensibilità dell'organismo a campi elettrici *"di ben definita frequenza e bassa intensità"* che apre il campo alla comprensione di come stimoli esterni di natura bioelettrica (strumenti utilizzati su agopunti o su microsistemi come quello del-

l'auricoloterapia) possano essere utilizzati in terapia. *"Per quanto riguarda la cronobiologia è da tempo dimostrato, con una serie di studi effettuati isolando i soggetti dall'ambiente, che i fenomeni periodici a tutti i livelli di organizzazione biologica hanno carattere endogeno preponderante, sono ereditari e sono caratteristici della specie. Numerosissime ricerche hanno accertato che in isolamento la struttura temporale circadiana non è sopprimibile e che i fattori esterni, detti sincronizzatori, hanno solo la funzione di "metronomi" nei riguardi delle variabili periodiche degli organismi. I sincronizzatori - alternanza luce-buio, attività-riposo, cibo-digiuno - influenzano i ritmi biologici nel senso di fornir loro il periodo da seguire."*

Per quanto attiene alla sensibilità dell'organismo a campi elettrici, di ben definita frequenza e bassa intensità, *"campi elettrici di 450MHz, con modulazioni di ampiezza di 16 Hz inibiscono la proteinchinasi di linfociti umani (dati di Byus, citati da Adey, 1988).*

"Secondo Bullock un'intensità attivante sarebbe nell'ordine di 0,000001 v/m; tuttavia le membrane cellulari amplificerebbero i segnali raggiungendo 10 alla 5 volt per cm.

"Tsong e collaboratori (Tsong, 1989, Liu et al., 1990) evidenziano che le comunicazioni intercellu-

lari convenzionalmente conosciute, come l'interazione ligando recettore, sono processi lenti e a breve distanza, ma che le cellule hanno bisogno anche di comunicazioni rapide ed a lunga distanza: viene proposto da questi autori che le varie reazioni biochimiche, comunque necessarie, siano regolate da forze di natura fisica".

"Un debole campo elettrico (20v/cm), a 3,5° C, è in grado di attivare la funzione di un importante sistema della membrana coinvolto nel pompaggio degli ioni, la ATPasi Na/K dipendente. Tuttavia l'attivazione avviene solo se sono usate specifiche frequenze, corrispondenti a 1 KHz per il pompaggio del K e 1Mhz per il pompaggio del Na".

Questi risultati hanno permesso di formulare il concetto di "accoppiamento elettroconformazionale". Una proteina enzimatica va incontro a cambiamenti conformazionali per un'interazione colombiana con un campo elettrico. Quando la frequenza del campo elettrico corrisponde alla caratteristica cinetica della reazione di trasformazione conformazionale, *"le oscillazioni sono utilizzate per compiere l'attività richiesta, come il pompaggio di Na e K".*

È noto che gli ioni possono oscillare tra loro in fase, con ampi diametri, formando i cosiddetti "domini di coerenza" che non permettono il passaggio degli stessi ioni attraverso



membrane porotiche; tali configurazioni rappresentano, per le leggi dell'entropia, una linea di tendenza. Zhadin e i suoi collaboratori nel 1994 hanno dimostrato che il passaggio di ben definiti ioni attraverso la membrana cellulare è dipendente da altrettanti ben definiti campi elettromagnetici alternati di bassa intensità.

"Il trasferimento di segnali sia chimici che elettromagnetici dalla superficie esterna della cellula attraverso la membrana consiste nella trasmissione di variazioni conformazionali e moti oscillatori delle proteine che hanno "domini" (segmenti della molecola) transmembranari". Tutto questo fa intuire l'esistenza di un campo biofisico, che *"inequivocabilmente sottende uno schema spazio temporale, come modello organizzativo, ben più ampio di quello che governa le relazioni fra ligandi e recettori cellulari".*

Tale modello va affiancan-

dosi alla concezione scientifica attuale, che riconduce tutta la vita a processi biochimici.

Certamente l'impiego dei campi elettrici andrà ad arricchire sempre più i mezzi di comprensione e di terapia della medicina tradizionale cinese e più in generale dei sistemi medici olistici. Ma, conclude Liguri, *"alla ricerca è sempre strettamente legata la didattica".*

L'insegnamento della medicina tradizionale cinese, oltre che ben rappresentato nelle scuole private, occupa ormai un posto anche a livello universitario: dal primo master di agopuntura e medicina tradizionale cinese, attivato in Italia, presso il Dipartimento di Medicina Legale dell'Università Sapienza di Roma, la cui nascita è stata stimolata dall'Istituto Paracelso, molta acqua è passata sotto i ponti e numerosi atenei, sul territorio nazionale, hanno attivato master e corsi su questa materia. •

Donne...a fumetti

Silvia Ziche dopo aver pubblicato le prime tavole su *Linus*, approda sulle pagine di *Cuore*, *Smemoranda*, *Topolino*, *Comix*. Autrice disneyana, vanta prestigiose collaborazioni come quella con Vincenzo Cerami. Viaggio nel pungente ed ironico mondo di *Lucrezia e le altre/i*, la sua ultima creazione

di Ludovica Mariani

Aspra, ironica, ipercritica o divertente? Per Silvia Ziche, apprezzata autrice di fumetti (ha uno spazio fisso su Donna Moderna e vanta collaborazioni prestigiose con Vincenzo Cerami e la Disney), ognuna di queste definizioni è buona e, al tempo stesso, riduttiva. "Lucrezia e le altre/i" infatti siamo noi, frustrate e fiduciose; i nostri amici che arrivano a frotte quando non li vogliamo; i tanti "lui" inadeguati e stanchi, capricciosi e infantili, latitanti o fin troppo presenti. E poi la coppia ("mio marito non mi tradisce, me lo devo sopportare tutto da sola"), i genitori ("i sensi di colpa dei genitori vanno coltivati amorevolmente") e persino gli oggetti ("perché ho l'impressione che la ricerca della felicità e le pantofole non siano due cose compatibili?") attori di un teatro fantastico, personale e universale dove l'autrice si muove con una godibilissima leggerezza e una spassosa cattiveria colorata di umorismo, ironia, auto-denigrazione e graffiante intelligenza.

Come nasce il personaggio di Lucrezia?

Lucrezia è nata come evoluzione naturale, credo, di un personaggio di molti anni fa,

Alice a quel Paese, che usciva su *Comix*. Alice era una ragazzetta appena affacciata nel mondo adulto, priva del libretto di istruzioni e incapace di rapportarsi a quel mondo. Parlava solo di massimi sistemi, perché aveva una limitata esperienza di vita. Lucrezia invece è una donna di una certa età, diciamo *thirty something*, la

cui esperienza di vita e di relazione ha contribuito a inacidirla, a rinchiuderla nella ricerca del suo piccolo benessere personale, nel suo piccolo mondo. Lucrezia è una specie di Alice cagliata dal tempo, insomma.

Quali aspetti di te e del tuo carattere, o delle tue esperienze, rispecchiano i personaggi che hai creato?



Alice, nominata sopra, rispecchiava la mia perplessità e il mio smarrimento di fronte a un mondo che non riuscivo a decodificare. Con Lucrezia c'è meno identificazione: lei è una versione paradossale di me, fa quello che io non riesco a fare, si muove meglio di me nel mondo perché cinica e disincantata (più di me). Però il punto di partenza è comunque la mia esperienza personale.

Con il successo di *second life* è diventato di moda costruire un altro sé al quale far vivere un'altra vita, magari migliore o solo diversa da quella che abbiamo. Che ne pensi?

Degli avatar e di *second life* penso che la cosa migliore sarebbe proprio fargli fare tutto quello che a noi non va di fare, tipo lavorare, fare la spesa, cucinare, pulire la casa, in modo da poterci godere in santa pace la nostra *first life*. Insomma, come avrai capito frequento poco gli ambienti virtuali. Lucrezia potrebbe essere un po' il mio avatar. Ma non vive al posto mio su *second life*, vive in questo mondo, con me. Oppure io con lei.

Quarantenni alla riscossa. Crisi di identità (e di età) o una nuova femminilità?

Crisi di identità e bugie consolatorie, esattamente come nelle pubblicità delle creme antirughe. Però anche una consapevolezza di sé che a vent'anni non c'era e che compensa in parte gli anni che passano, aggiungendo fascino (solo per palati raffinati, una buona scrematura in un parco-principi azzurri già limitato). E una buona

dose di autoironia, per sopravvivere.

Nelle tue vignette si parla spesso della coppia. Difficile da costruire, quasi impossibile da mantenere e noiosissima da vivere. Per le donne la coppia, pur se faticosamente conquistata, non è che un parcheggio dei sentimenti e delle aspirazioni personali? Un modo insomma per sfuggire alla solitudine?

È così anche per tanti uomini che cercano velocemente una compagna per poi piombare nella formula classica, casa, lavoro e amante. Le mogli e le compagne di questi uomini, lungodegenti matrimoniali, sono decisamente male accompagnate. Anche molte donne cercano un compagno, non importa se sbagliato, quando si sentono sole, salvo poi liberarsene quando si rendono conto che non è un principe azzurro. La vita di coppia vera, quella fatta di anni e di pigiami di flanella, per restare interessante richiede molta intelligenza e una bella dose di autoironia.

Gli uomini hanno la stessa autoironia delle donne?

Non riesco a generalizzare. Ho trovato uomini e donne autoironici, e uomini e donne privi di qualsiasi senso dell'umorismo. La seconda categoria tende a prendersi troppo sul serio e a vivere peggio.

E Lucrezia di che categoria è?

Lucrezia rappresenta una tipologia di donna con molti riscontri nella realtà. Incompleta, irrisolta, inconsapevole. L'ho voluta così, primo perché l'autocritica è giusta

I PIÙ FREQUENTI GUASTI DELL'OROLOGIO BIOLOGICO



e fa bene e poi perché permette la critica. Non avrei mai mostrato tutti questi uomini insopportabili se non avessi potuto metterli in contrapposizione con una donna piena di difetti. Questo garantisce anche un effetto comico oltre a quello dell'im-

medesimazione che nasce nel riconoscere i propri difetti o quelli del compagno. **Se Lucrezia diventasse la protagonista di un film a chi la faresti interpretare? E Luca, il suo fidanzato storico?** La prima che mi viene in mente è Luciana Littizzet-

to. Per lui sarebbe perfetto Fabio Volo. Riesce a fare lo stesso sguardo vacuo di Luca.

I fumetti entrano al Louvre: una bella sorpresa o un riconoscimento dovuto ad una moderna forma d'arte?

Una bella sorpresa. Non me l'aspettavo. Però quando l'ho sentito mi è suonato bene.

Cos'è per te il fumetto? Quali sono le qualità e quali i limiti di questo mezzo espressivo.

È un mezzo per raccontare delle storie, con una sua grammatica e una sua sintassi, fatte di immagini e di parole. Detto così sembra più simile al cinema che alla letteratura. Ma il cinema è un mezzo costosissimo e complicato, per il fumetto basta un autore, in alcuni casi due (disegnatore e sceneggiatore). In questo senso lo vedo più simile alla letteratura. La sua qualità principale (tranne alcuni casi) credo sia la facilità di lettura, che avvicina anche chi di solito non legge.

La tua vita professionale è ricca di collaborazioni importanti, Cerami, la Disney. Ti senti ugualmente libera di esprimerti oppure limitata o magari arricchita...

Mi piace alternare il lavoro libero e indipendente a quello con forti vincoli, dovuti ai binari e alle regole necessari in un mondo già esistente come quello disneyano, oppure alla creatività di un'altra persona diversa da me. Il lavoro con forti vincoli è divertente perché è una sfida, vuoi vedere se anche con regole non tue ce la fai a essere esattamente te stesso. •



Lucca

Aifa – Agenzia italiana del farmaco

L'Aifa coglie l'occasione per ricordare a tutti i medici l'importanza della segnalazione delle reazioni avverse da farmaci, quale strumento indispensabile per confermare un rapporto beneficio rischio favorevole nelle loro reali condizioni di impiego. Le segnalazioni di sospetta reazione avversa da farmaci devono essere inviate al Responsabile di Farmacovigilanza della Struttura di appartenenza.



Bologna

Come cambia il ruolo del medico competente

Corso di aggiornamento: dalla prevenzione delle patologie professionali alla gestione delle problematiche di salute e sicurezza del lavoratore. I nuovi campi di intervento: tossicodipendenza, alcol, problemi di salute da stress lavoro-correlato.

I medici competenti si trovano oggi ad affrontare problematiche nuove e complesse, quali quelle derivanti da condizioni di stress lavoro-correlato, nonché casi di abuso e/o dipendenza da sostanze. Occorre dunque che oltre ad una conoscenza puntuale di quanto la normativa mette loro in carico, essi abbiano a disposizione idonei strumenti teorici e pratici, potendo così sviluppare competenze idonee a individuare tempestivamente e a gestire tutte quelle situazioni da cui possono nascere ed evolvere problematiche di salute e sicurezza, nel senso più ampio del termine.

(Segue sul bollettino la pubblicazione di un corso di formazione).



Prato

Decreto Brunetta e certificati medici

L'art. 71 del recente "Decreto Brunetta" prevede che, in caso di malattia, ai dipendenti pubblici spetta la sola retribuzione fondamentale, senza nessuna indennità accessoria. Tuttavia il Decreto prevede il mantenimento della piena retribuzione nel caso in cui l'assenza sia dovuta a patologie gravi che richiedono terapie salvavita. Alcune Pubbliche Amministrazioni hanno



chiesto un parere all'Ordine circa le modalità di certificazione da parte dei medici di queste particolari situazioni. L'Ordine in proposito ricorda che, per motivi di privacy, il medico non deve dichiarare il tipo di patologia di cui soffre il proprio assistito, ma si deve limitare a palesare l'esistenza di una patologia tale da richiedere terapie salvavita. Pertanto l'Ordine suggerisce ai propri iscritti di utilizzare, in questi casi, una formula come la seguente: "Certifico che il paziente XY è affetto da patologia grave che necessita di terapie salvavita. Prognosi giorni XX. Data e firma del medico". Ovviamente questo tipo di certificato può essere rilasciato solo dai medici pubblici o convenzionati, in quanto il Decreto Brunetta ammette la possibilità di certificare nei confronti dei lavoratori pubblici dipendenti solo per queste categorie di medici.

Genova

Modello andragogico di Malcom Knowles

Con il suo famoso modello che definì andragogico in contrapposizione a quello pedagogico, Malcom Knowles definisce i 6 pilastri dell'apprendimento degli adulti:

- il bisogno di conoscere: gli adulti sentono l'esigenza di sapere perchè occorra apprendere qualcosa prima d'intraprendere l'apprendimento stesso;
- il concetto di sé: gli adulti hanno un concetto di sé come persone responsabili delle loro decisioni, della loro vita e sviluppano un profondo bisogno psicologico di essere considerati e trattati dagli altri come persone capaci di gestirsi autonomamente;
- il ruolo dell'esperienza: gli adulti entrano in attività di formazione con una loro esperienza pregressa;
- la disponibilità ad apprendere: gli adulti sono disponibili ad apprendere ciò che hanno bisogno di sapere e di saper fare per far fronte alle situazioni della loro vita;
- l'orientamento verso l'apprendimento: in contrasto con l'orientamento verso le materie, quello degli adulti è centrato sulla vita reale;
- la motivazione: le motivazioni più potenti dell'adulto sono le pressioni interne.



Perugia

Niente diagnosi sui certificati di malattia

Sui certificati sanitari dei dipendenti giustificativi della malattia non deve essere inserita la diagnosi.



Al datore di lavoro deve essere consegnato un certificato contenente esclusivamente la prognosi, cioè la durata dell'assenza.

Garante Privacy newsletter n. 315 del 25/11/2008

Il datore di lavoro pubblico non è legittimato a raccogliere certificati di malattia dei dipendenti con l'indicazione della diagnosi. In assenza di specifiche disposizioni, il lavoratore assente per malattia deve fornire un certificato contenente esclusivamente la prognosi con la sola indicazione dell'inizio e della durata dell'infermità. Lo ha ribadito il Garante vietando al Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria (Dap) il trattamento dei dati personali idonei a rilevare lo stato di salute del personale del Corpo della Polizia penitenziaria relativi all'indicazione della diagnosi nei certificati di malattia.

Roma

Apertura di studi medici e odontoiatrici

Sono di recente pervenute notizie da parte di iscritti che, a seguito di ispezioni del N.A.S., sono stati disposti provvedimenti di chiusura di studi, anche per la mancanza di preventiva autorizzazione per l'apertura della struttura specialistica interessata. A prescindere, ovviamente, da provvedimenti di carattere particolare, riguardanti altre inadempienze, va precisato che, anche grazie ai ripetuti interventi dell'Ordine presso la Regione Lazio, i medici e gli odontoiatri possono aprire il proprio studio, mediante invio alla Regione di un atto di notorietà con il quale il professionista dichiara che lo studio risponde ai requisiti minimi di cui all'art. 5, comma 1, lett. a) della legge n. 4 del 2003. Risulta, infatti, modificato con l'art.1, comma 77, della legge regionale 11.08.2008 n. 14 recante "Assestamento del Bilancio annuale e pluriennale 2008/10 della Regione Lazio" (pubblicata sul B.U.R.L. 14.08.2008 S.O. n. 98 al B.U.R.L. n. 30 del 14.08.2008), l'art. 5 della legge n. 4 del 2003, con la previsione della predetta semplificazione, più volte richiesta dall'Ordine. Ai fini, comunque, di dirimere eventuali aspetti contrastanti delle procedure di cui trattasi, è stato sollecitato un nuovo incontro con i vertici regionali e con il Comando del N.A.S.

Catania

Sono i medici di famiglia gli unici danneggiati dalla presunta truffa degli assistiti defunti

"Noi medici siamo particolarmente preoccupati perchè

non capiamo a chi interessa screditare la sanità siciliana, ed in particolare i medici di famiglia accusandoli di truffa". Lo dice il vicepresidente dell'Ordine dei medici di Catania, Giansalvo Sciacchitano, dopo la vicenda dei 51 mila pazienti morti per cui i medici di base percepivano le indennità. "Si ritorna - aggiunge Sciacchitano - su una vicenda che era stata già ampiamente chiarita qualche mese fa dal direttore generale della Ausl catanese, Antonio Scavone. Non emergeva dalle precisazioni del direttore Scavone alcuna responsabilità dei medici. Parlare di truffa alla sanità ed addossarne la responsabilità al medico di famiglia è paradossale. In una truffa, infatti, vi è un truffatore ed un truffato: qui è la Regione che "truffa" se stessa, in quanto paga in base a dati che i suoi stessi uffici forniscono tramite l'anagrafe dei comuni. Il medico è soggetto passivo di tali operazioni: infatti non viene pagato in base a elenchi da lui presentati ma in base a dati che vengono elaborati dagli uffici". "In questa vicenda il medico viene danneggiato due volte, come immagine ed anche finanziariamente - conclude - i pazienti defunti che gli vengono caricati vanno a formare il suo massimale. Quando gli verranno detratti, in base agli accertamenti, i contributi precedentemente ricevuti avrà perso l'equivalente quota di assistiti nuovi per raggiungere il suo massimale. Poichè la Regione recupererà dai medici i soldi che essa stessa erroneamente aveva versato, l'unico a rimetterci sarà il medico ingiustamente accusato di truffa. Insomma, oltre ai danni morali e materiali anche la beffa".

Sassari

Deposito titoli di studio

Nel rispetto degli artt. 1, 2, 3, 4 del DPR n. 221/50 l'Ordine deve tenere gli albi costantemente aggiornati. Pertanto, è fatto obbligo a tutti gli iscritti depositare presso la segreteria dell'Ordine il conseguimento dei titoli di studio: Diploma di specializzazione, Diploma di formazione specifica in Medicina Generale. Si ricorda che è possibile avvalersi dell'auto-certificazione per comunicare il conseguimento dei suddetti titoli. Si precisa inoltre che l'Ordine può provvedere alla registrazione dei titoli di studio soltanto a seguito di autocertificazione presentata dall'iscritto.



Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

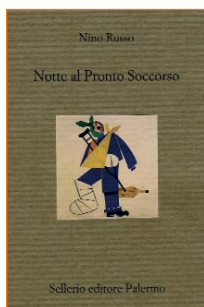
Un medico di famiglia nel teatro della vita



Storie di vita e fatti personali narrati da Aldo Pagni per far conoscere, soprattutto ai più giovani, quali e quante trasformazioni abbiano caratterizzato la sanità nell'arco di mezzo secolo. L'organizzazione sanitaria aziendale è divenuta oggi molto complessa e la medicina moderna è sempre più in grado di intervenire artificialmente sulla natura dell'uomo, caricando il medico di maggiori responsabilità etiche e di possibili imputabilità giudiziarie. Di fronte ad una serie di importanti trasformazioni nei rapporti di forza tra i vari attori del sistema sanitario italiano – cittadini, medici, politici – l'autore invita i giovani colleghi ad assumere una maggiore flessibilità intellettuale e la capacità di affrontare con vigore i momenti storici e culturali che si profilano all'orizzonte.

Aldo Pagni

"Un medico di famiglia nel teatro della vita"
Edizioni ETS, Pisa - pp. 188, euro 15,00



Notte al pronto soccorso

La professione medica, che è sempre impegnativa, lo è soprattutto per chi la svolge nei turni di notte del pronto soccorso e proprio la successione concitata delle emergenze notturne in un nosocomio è l'argomento del libro di Nino Russo. Un lungo, unico capitolo, scritto apparentemente di getto, descrive il flusso degli avvenimenti e la varietà dei personaggi con l'occhio smaliziato del medico, che ben conosce l'ambiente ospedaliero e con l'ironia di chi è consapevole di muoversi in una realtà, nella quale è costretto ad operare, subendola così com'è. Il racconto delle singole vicende, che poche volte Russo indulge a prolungare con divagazioni di carattere sociale, etico, organizzativo, o per lasciar spazio a ricordi personali, offre molti spunti di divertimento e riflessione sulla condizione ospedaliera.

Nino Russo

"Notte al Pronto Soccorso"
Sellerio Editore, Palermo - pp. 233, euro 10,00

La fame infinita

Patrizia Todisco e Piergiuseppe Vinai riuniscono le conoscenze di diversi specialisti: medici, psichiatri e psicologi sul BED (Binge Eating Disorder), il disturbo da alimentazione incontrollata (DAI) diurna e notturna. Questo disturbo, che è per importanza il terzo nel comportamento alimentare dopo l'anoressia e la bulimia, viene analizzato in ogni suo aspetto diagnostico, epidemiologico, genetico, chirurgico e in rapporto ad altre patologie concomitanti, particolarmente a quelle connesse con l'obesità. In favore di questi ammalati, gli autori presentano un programma terapeutico, che prevede trattamenti di carattere formativo-comportamentale, dietologico, psicologico, interpersonale, di attività fisica e, per alcuni casi, farmacologico.

P. Todisco, P. Vinai

"La fame infinita"

Centro Scientifico Editore, Torino - pp. 216, euro 20,00



Vivere per morire

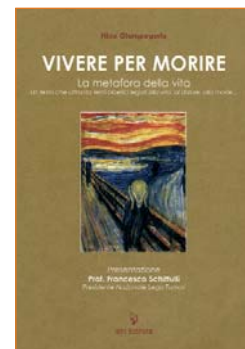
Con questo saggio Nino Giangregorio affronta una tematica di grande attualità, quella della malattia terminale, dell'eutanasia e del testamento biologico.

L'argomento, preceduto da una interessante retrospettiva storica sulla conoscenza che si è avuta dei tumori, è diviso in due parti: tanatologia e oncologia. La questione centrale è che il buon medico deve curare l'ammalato nel senso più ampio della parola, tenendo in conto anche l'angoscia e la solitudine in cui finisce per cadere. Giangregorio sostiene pertanto un approccio alternativo, olistico della malattia e un rapporto più intimo e sincero tra curante e curato, che dia la massima importanza alla prevenzione, unica pratica capace di evitare o ritardare l'apparire del morbo, e al sostegno psicologico, dimostratosi ormai valida integrazione delle cure oncologiche.

Nino Giangregorio

"Vivere per morire"

IBN Editore, Roma - pp. 159, euro 14,00



Nutrizione enterale e farmaci



Il manuale di G. Masoni, C. Moncini, M. Corsi e F. Salvatori fornisce una guida all'uso appropriato dei farmaci e delle miscele enterali proponendo, sulla base dell'esperienza maturata presso l'Ospedale Versilia, concrete e realistiche soluzioni. Vi si sostiene, tra l'altro, che la nutrizione artificiale, per i pazienti "critici", non è solo un'alimentazione integrativa o sostitutiva, ma, se ade-

guatamente formulata nel tempo, può essere intesa come vera e propria terapia farmacologica, soprattutto nelle interazioni con i medicinali. Gli autori, poi, in mancanza di linee guida e di protocolli standardizzati a livello nazionale, fanno rilevare l'assenza di omogeneità e di appropriatezza delle condotte terapeutiche in questo settore e sollecitano l'attenzione delle autorità mediche su tale inderogabile problema.

G. Masoni, C. Moncini, M. Corsi, F. Salvatori
"Nutrizione enterale e farmaci"

Selecta Medica, Pavia - pp. 111, euro 22,00

Prontuario per la stima e il risarcimento del danno alla persona

Il prontuario curato da Pietro Martignone ha fini eminentemente pratici e permette alle controparti coinvolte nel rapporto danneggiatore-danneggiato, prima dell'eventuale controversia, di pervenire ad un'affidabile previsione del risarcimento dovuto in ambito assicurativo.

La materia delle menomazioni all'integrità psicofisica è trattata in forma scorrevole ed è completata con le tabelle dei danni in RC auto in uso nei principali tribunali italiani comprese tra 1 e 9 punti di invalidità e tra i 10 e i 100 punti, nonché quelle alligate al Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione Inail. Un apposito capitolo è dedicato agli articoli del Codice delle assicurazioni private sulla procedura del risarcimento diretto in RC auto.



Pietro Martignone
"Prontuario per la stima e il risarcimento del danno alla persona"

Hoepli, Milano - pp. 200, euro 19,50

In breve

Diego De Luca

FRA COCCOLE E RICORDI

Piccola silloge di liriche con le quali il poeta coglie vari aspetti del mondo, dell'uomo e dell'animo suo. Le emozioni profonde, le sensazioni epidermiche, la bellezza e la contraddizione del vivere, la morale e i luoghi comuni sono ripasmatis in questi versi ora con sfumature di meditata amarezza, ora di ribelle umorismo.

Edizioni del Leone, Venezia - pp. 79, euro 8,00

Emma Castagnari

FITOTERAPIA CON LE ERBE AROMATICHE E LE SPEZIE

Originale manuale olistico che unisce a ricette salutari e di bellezza, cenni storici sulla funzione che la donna ha avuto prima dell'avvento del patriarcato e curiosità sulle superstizioni, gli influssi astrologici, la magia delle erbe, nonché nozioni sul Tao, sulla terapia dei colori, che il corpo assorbe attraverso i chakra, e sulle proprietà del vino e del miele.

www.gieffeedizioni.it - pp. 159, euro 12,00

Giovanni Vanni

LA RIVOLUZIONE DI FESTALIA

Il romanzo narra la rivoluzione avvenuta in uno stato immaginario, il regno di Festalia, e la successiva restaurazione. Una storia che ripropone l'eterno gioco della vita e delle grandi aspirazioni sociali che muovono e condizionano l'uomo, mostrando la ripetitività delle sue esperienze e dei giochi del potere.

Bonanno Editore, Roma - pp. 183, euro 16,00

Bruno del Vaglio

IL TERMITAIO

Poche pagine scorrevoli e spontanee scritte per ricordare una vita lunga, allietata dalla musica operistica, dal serio impegno professionale, da un sincero attaccamento inizialmente agli amici e successivamente alla famiglia. La testimonianza di un uomo operoso e sereno che si mostra meritatamente pago di quanto ha avuto dalla vita.

Pubblicato in proprio - pp. 69, tel. 0823 325303

Carlo Piro

PAROLE DI SERA

Impreziosito dai disegni di Mimmo Andrioli, questo volume riunisce poesie caratterizzate da un verseggiare sommerso e commosso che esprime un mai pago bisogno di tenerezza, l'amore per il prossimo, per la natura e per Roma, città di adozione del poeta, che si è provato anche a comporre nel dialetto della capitale.

Sipis Editrice, Roma
 pp. 63, invio gratuito, tel. 06 8546723

Tragica, breve esistenza di milioni di bambini

Soffrono e muoiono tra colpevoli indifferenze

In un libro di Giuliano Crisalli le storie drammatiche quasi incredibili di innocenti creature vittime, in tutti i Paesi del mondo, della cattiveria umana. Nella prefazione Eolo Parodi chiede una pronta mobilitazione di tutti i medici italiani per cercare di arginare l'orrendo massacro

di Luciano Sterpellone

Forse è per un'innata tendenza a rimuovere dalla mente e dalla coscienza le agghiaccianti notizie e immagini elargite a getto continuo dai *mass-media* sulle violenze inferte a bambini, che spesso ci rifiutiamo quasi di crederci. Finché d'improvviso qualcosa ci convince con dati di fatto che tutto è maledettamente vero, che è quella la mostruosa, inaudita ma inoppugnabile "realtà". Ad aprirci gli occhi è questa volta un saggio documentale redatto da un giornalista di razza come Giuliano Crisalli, riconosciuto Maestro di Giornalismo e attualmente Direttore della nostra Rivista, apprezzato da decenni per l'incisività del suo stile e la peculiare obiettività delle sue inchieste.

Senza retorica, senza remore o mezzi termini, Crisalli ci offre quella che riteniamo la più autentica, organica e aggiornata testimonianza sulle violenze e i crimini inferti in varie parti del mondo a bam-



bini di ogni età, uccisi, brutalizzati o ridotti al rango di schiavi.

Dati, statistiche, sconvolgenti storie di atrocità consumate su piccoli esseri inermi e innocenti da

adulti a fatica annoverabili tra gli *Umani*: a parte le violenze perpetrate in ambito familiare, decisamente superiori per gravità e frequenza da quelle compiute, la cruda realtà è

che migliaia di minori vengono sistematicamente e impunemente *comperati* per poche sgualcite banconote e condannati a lavori massacranti dai quali non potranno mai affrancarsi; bambine e bambini schiavizzati per divenire ghiotte prede di turisti e pedofili senza scrupoli; o - ancor peggio - strappati dalle loro misere abitazioni per essere armati e spediti al massacro non prima di essere stati costretti a mostrare il proprio "coraggio" uccidendo un compagno o un fratellino.

Crisalli documenta apertamente criminosi traffici di farmaci sottratti a milioni di bambini sieropositivi o accecati dal tracoma, oltre alla sterminata schiera delle vittime della fame e di barbari eccidi tribali, dei minori intenzionalmente mutilati per suscitare la pietà dei passanti, dei neonati venduti in culla per le adozioni illegali.

Si crede per un istante essere questo l'imo del crimine e del degrado morale, ma poi ci si imbatte nel Capitolo del triste fenomeno del furto e del sacrificio di bambini intenzionalmente scelti in base all'età, al sesso e alla costituzione fisica per alimentare il turpe traffico clandestino dei trapianti d'organo.

L'autenticità di tanti dati potrebbe suscitare qualche perplessità se puntualmente in una nutrita e aggiornata bibliografia Cri-

Parodi: intervenire attraverso un'Autorità internazionale

salli non ce ne indicasse in dettaglio le fonti originarie.

Confessiamo che all'inizio della lettura avremmo sperato di NON trovare citata nell'Indice (che sistematizza le tematiche secondo un criterio "geografico") la nostra tanto "civile" Europa. Questa vi figura invece più volte, talora quale punto essenziale di partenza e di smistamento di tali incredibili attività. Speravamo cioè che almeno in Europa le angherie contro i bambini fossero finite per sempre con la seconda guerra mondiale.

Non per altro il titolo del libro - "*Achtung bambini*" - paràfrasa con amara ironia la scritta "*Achtung Banditen*" che con tristezza personalmente ricordiamo scarabocchiata dai soldati tedeschi su cartelli di legno infissi nel terreno per segnalare ai commilitoni la presenza di "Banditen", cioè di (eroici) Partigiani, nella zona.

Un ricordo che evoca automaticamente l'eliminazione fisica (eufemisticamente detta *Gnadentod*, la morte misericordiosa) di *tutti* i bambini deformi, handicappati o ritardati mentali avvenuta appena pochi anni prima proprio in Germania in nome del-

la folle idea della "razza pura": nel termine di un paio di anni almeno centomila bambini "misericordiosamente graziati" con i gas all'acido prussico o con endovenose di benzina (*sic*), e poi ridotti a mucchietti di cenere nei forni crematori. Seguì a ruota il dottor Mèngele con i suoi deliranti "esperimenti" sui gemelli e sui nani.

"Attenzione, Bambini!", sembra Crisalli invocare disperatamente da ogni pagina del libro. "Attenzione, sono solo dei bambini quelli che state martoriando!"

Si spera di aver davanti un romanzo dell'*horror*, che le vicende narrate siano soltanto frutto della distorta fantasia del suo autore. Si vorrebbe interrompere la lettura, ma poi si cerca in qualche modo di arrivare in fondo, pervasi da un muto crescente odio verso esecutori e mandanti, ma nello stesso tempo presi dalla voglia di "fare qualcosa".

"Ma che fare?" - ci chiediamo. Non basta certo *inorridire*, per poi voltarsi da un'altra parte.

Nella sua prefazione al libro, Eolo Parodi, Presidente dell'Enpam e da lunghi anni alla guida di

**Bambini
mutilati
per suscitare
la pietà
del prossimo**

tutti i medici italiani, indica una delle vie inderogabili da intraprendere "per far qualcosa": "Un primo passo potrebbe essere quello di interventi sanitari decisi e diretti da un'Autorità internazionale". In altre parole: politici, sociologi, legislatori, ecc. facciano pure la loro parte.

Ma i medici divengano anch'essi parte integrante di una battaglia planetaria che ponga definitivamente fine a tante crudeltà e venga in aiuto a tante vittime innocenti per "curare" le profonde ferite che esse lasciano non tanto nel corpo quanto nella mente di bambini che presto diverranno adulti. Parodi auspica una mobilitazione unitaria, un coinvolgimento responsabile, attivo e ininterrotto del mondo medico, non disgiunto dall'immediata interdizione e condanna di tutti i medici corresponsabili di tali atti.

Un trapianto d'organo al di fuori delle leggi non è infatti solo opera di loschi trafficanti, ma - lo sappiamo tutti - implica intrinsecamente l'intervento consenziente e coordinato di una *équipe* bene organizzata di più medici specialisti.

Siamo grati a Giuliano Crisalli per la meticolosa documentazione che ci offre senza mai lasciarsi sopraffare da una pur giustificabile indignata emozione che sarebbe in qualche modo andata a scapito della nota obiettività e li-

nearità delle sue inchieste. La sua certamente gravosa e minuziosa opera di ricerca, di esegesi e di selezione dei documenti originali (talora inediti), ha tra l'altro il merito di proporre al lettore riflessioni di grande spessore etico e morale, motivando in lui una prepotente voglia di attivarsi: da un lato si è sempre pronti a scendere in piazza per una pur modesta questione sindacale o per l'apertura di una discarica, mentre dall'altro le reazioni contro le violenze sui bambini risultano il più delle volte blande, unilaterali, solitamente "tinte" di connotazioni politiche varianti a seconda "del colore" dei responsabili.

Ma sempre comunque superficiali e infruttuose come se il problema dei bambini vittime della violenza riguardasse solo "gli altri", come se qualcuno di quei bambini non potesse domani essere uno dei nostri. E ci si attarda a discutere se in una certa vicenda i bambini uccisi o mutilati siano stati tremila o trecento, o... *soltanto* tredici. "*Achtung, bambini*" viene oggi a scuotere profondamente le nostre coscienze, e ci fa finalmente capire che anche *un solo bambino* che muore o che soffre ingiustamente "è sempre di troppo". •

Giuliano Crisalli:
***Achtung Bambini*,**
Redazione Editore,
160 pp, 18 euro

Gestire un teatro è "opera" di Ernani

La direzione del corpo di ballo affidata a Carla Fracci; un numero di spettatori crescente; la qualità degli spettacoli sempre più alta e in programmazione, tra gli altri, *Iphigénie en Aulide* con la direzione di Riccardo Muti e *Pagliacci* e *Traviata* con la regia di Franco Zeffirelli. I dieci anni della sovrintendenza di Francesco Ernani al famoso teatro romano

testo di Paola Stefanucci
foto di Corrado Maria Falsini

Non è facile programmare una stagione lirica che abbia un equilibrio culturale ed economico e, nel contempo, conquisti il consenso unanime del pubblico. Su questa direttrice un esempio viene dallo storico Teatro dell'Opera di Roma che, da quando è stato affidato nel 1999 al sovrintendente Francesco Ernani, ha registrato un significativo incremento del numero di spettatori, nonostante il settore della lirica sembri afflitto da una crisi irreversibile. Per l'81° anniversario della sua riapertura (27 febbraio 1928) l'Opera di Roma, accanto a classici di collaudato richiamo al Tea-

tro ex Costanzi (*Iphigénie en Aulide* che vedrà sul podio Riccardo Muti, *Pagliacci* e *Traviata* con la regia di Franco Zeffirelli), presenta attraenti novità al Teatro Nazionale (*Il re nudo* di Sandro Cappelletto musicato da Luca Lombardi in prima mondiale, *The blu planet* firmato da Peter Greenaway e Saskia Boddeke, un fantasmagorico omaggio al Futurismo con il pianista Daniele Lombardi) e tanto altro ancora. Particolarmente generosa l'offerta di balletti: da *La bella addormentata* al *Lago dei Cigni*, dalla rassegna *Le ballets Russes* per i cento anni della mitica compagnia di Diaghilev a *Sogno di una notte di mezzaestate* (un tributo a Felix Mendelssohn Bartholdy per il 200° della nascita) che inaugurerà la programmazione estiva a Caracalla. La realizzazione di un cartellone così impegnativo nel Teatro cui compete, a livello nazionale, il prestigioso ma oneroso ruolo di rappresen-



Francesco Ernani

tanza, richiede indiscutibili doti di lungimirante managerialità.

Maestro Ernani, da dieci anni lei è al timone del Teatro dell'Opera della Capitale. Quali sono i punti cardine della sua filosofia gestionale?

L'ufficio del Sovrintendente l'ho sempre interpretato secondo il primo significato indicato nell'Oxford English Dictionary e, cioè, "qualcosa che si fa nei confronti di qualcuno, un servizio, un'attenzione" ed a questo significato segue: "Un dovere nei confronti degli altri". Sottolineo la parola "ufficio" perché nella mia ormai lunga vita professionale al servizio dei teatri d'opera nel nostro Paese, ho sempre cercato di seguire la lezione di Toscanini che indicò le regole organizzative per assicurare l'allineamento tra lo scopo della rappresentazione arti-

stica dal vivo ed il modo con cui vengono definiti i tempi di lavoro in armonia con la qualità dei diversi soggetti impiegati nell'opera da realizzare. Sotto il profilo artistico, il Teatro dell'Opera di Roma è cresciuto in maniera notevole: per l'incremento del numero di produzioni e di recite, nonché di spettatori: 90 mila nel 1999, 200 mila nel 2008. È il dato più consolante: ormai, il pubblico, considerato soggetto d'istituto, è parte essenziale per la vita di un teatro. Un altro obiettivo che abbiamo centrato è la crescita della prestazione artistica: orchestra, coro, ballo e personale tecnico, sia quello dei laboratori sia quello del palcoscenico.

Sotto la sua gestione, l'Opera di Roma ha ottenuto l'Oscar di bilancio e della comunicazione non profit nel 2001: attualmente il bi-

Ho sempre cercato di seguire la lezione di Toscanini

lancio contabile è lusinghiero quanto quello artistico?

Un'assegnazione non facile: il premio è dato sulla base dei riconoscimenti che la gestione ha saputo perseguire nel rispetto delle cifre di bilancio. Il nostro Teatro, tutti gli anni compreso il 2008, ha meritato l'attenzione del concorso. E, questo, malgrado i tagli al Fondo unico per lo spettacolo e i tagli alla quota assegnata ai teatri d'opera. I bilanci sono stati chiusi grazie ad entrate straordinarie e all'impegno dei Sindaci capitolini consapevoli dell'importante ruolo che il Teatro dell'Opera riveste nella Capitale costituzionale del nostro Paese.

Quali sono, oggi, le priorità del Teatro dell'Opera?

Occorre superare il difficile passaggio da Ente pubblico a fondazione di natura privata. L'Opera di Roma si avvale del contributo dello Stato, della Regione, della Provincia, del Comune e parzialmente di privati, ma senza tuttavia raggiungere la quota che pre-

vede la presenza di privati nei consigli di amministrazione, mentre in altri teatri questo è stato possibile.

Trentasette anni passati nei teatri lirici italiani più prestigiosi: esordio alla Scala in qualità di segretario generale, poi sovrintendente all'Arena di Verona, al Carlo Felice di Genova e al Comunale di Firenze per approdare infine all'Opera di Roma.

Ogni teatro è stato vissuto da parte mia con grande amore verso l'Istituzione stessa senza distinzione fra l'una e l'altra.

Nonostante il pubblico del Teatro da lei diretto sia in costante ascesa, l'Opera è per lo più frequentata da una platea non certo giovane e spesso classista, in via di esaurimento generazionale: quale strategia ha in animo per avvicinare i giovani (spettatori di domani) alla lirica?

Credo che nella società del XXI secolo non si possa pensare di riempire le sale d'opera solo con un pubbli-

Nella scorsa stagione sono stati 50 mila gli ingressi di spettatori giovani

co maturo. Perciò, per i giovani abbiamo creato un dipartimento culturale e realizzato numerose iniziative tra cui *All'opera con filosofia* in collaborazione con l'Università Roma Tre. Nella scorsa stagione abbiamo registrato circa 50 mila ingressi di spettatori giovani. Inoltre, siamo stati premiati per il progetto *Magia dell'Opera* dedicato ai bambini delle scuole elementari. Purtroppo, in Italia l'educazione musicale non è a livelli adeguati alla nostra gloriosa storia musicale.

Ma il pubblico si educa o si accontenta?

L'educazione compete alla scuola. Il Teatro deve offrire al pubblico, all'apertura del sipario, un prodotto artistico che sia il più alto possibile. È ciò che noi faccia-

mo in un'atmosfera carica d'ideali ma, non di rado, sotto pressione.

Maestro Ernani, sappiamo che lei è uno strenuo e appassionato difensore dell'arte tersicorea.

La danza, in Italia, si trova in gravi difficoltà. Sono rimaste solo due grandi compagnie, quella della Scala e quella dell'Opera di Roma, diretta da Carla Fracci. Molti teatri hanno addirittura cancellato il proprio corpo di ballo. Un errore imperdonabile perché, a mio parere, abbiamo il dovere di dare ai giovani, che frequentano le varie scuole di danza (che invece sono aumentate in tutto il Paese) un raggio di luce per il loro futuro professionale. Ovunque io abbia operato, mi sono sempre impegnato per potenziare la compagnia di danza: un impegno mantenuto anche all'Opera di Roma.

Quale Sovrintendente ha un sogno nel cassetto?

Superare questa politica di emergenza quotidiana in cui si è costretti che rende difficile far fronte alla concorrenza sul piano europeo e mondiale. Mi piacerebbe che i nostri teatri storici potessero tranquillamente pianificare programmi e attività a lungo termine, senza dover affrontare poi eventuali decurtazioni del finanziamento statale con conseguenti grossi problemi per mantenere l'equilibrio del bilancio e che possono mettere in crisi anche il ruolo del Teatro sul piano europeo e internazionale, nei rapporti con gli artisti scritturati per le produzioni. •

Il palcoscenico di Caracalla



La modernità di Alfons Mucha

di Riccardo Cenci

Sembra fluttuare in una dimensione atemporale la donna di Alfons Mucha, a metà fra le atmosfere decadenti che ne accentuano il ruolo di seduttrice ed il gusto stilizzato e prezioso che ne trasfigura l'immagine, trasformandola in una sorta di moderna divinità. Non è semplice eludere il fascino di queste figure muliebri

con lo sguardo perso in un mondo di onirica lontananza, incorniciate da minuziosi arabeschi floreali, portatrici di un ideale di felicità che è il fulcro dell'opera di Mucha. Un'arte apparentemente priva di problematiche la quale, proprio in virtù della sua accessibilità, è stata sovente tacciata di eccessivo decorativismo nel senso deterioro del termine, pur continuando a godere di grande popolarità fra il pubblico. La mostra, allestita nelle eleganti sale del Belvedere (dal 12 febbraio al 1 giugno), la prima dedicata all'artista moravo nella capitale austriaca, ha lo scopo di restituirci l'immagine di un uomo di grande versatilità, capace di esprimere le proprie doti creative nei campi più disparati, dalla pittura al disegno, dalla scultura alle arti applicate.

Mucha si inserisce pienamente nell'ottica della nascente psicologia sociale, secondo cui l'acquisizione dei beni di consumo avviene attraverso meccanismi di imitazione e suggestione, in uno stato di semincoscienza che assomiglia all'ipnosi. Nella Parigi di fine secolo la cartellonistica diviene uno dei principali mezzi di comunicazione, capace di influenzare i gusti delle masse grazie alla sua particolare forza comunicativa. Considerata in tal senso l'opera di Mucha assume caratteri di inaudita modernità, in un'epoca nella quale l'associazione fra immagine femminile e prodotto vendibile è ormai una radicata consuetudine. Sarebbe comunque riduttivo relegarlo nello scomodo ruolo di inventore di un linguaggio "pubblicitario" che si esprime al meglio nella forma del manifesto. Che in realtà la figura di Mucha sia più complessa è quanto i curatori della mostra vogliono evidenziare, nell'ambito di un percorso espositivo che abbraccia i diversi aspetti della sua multiforme produzione, partendo dalle prime acerbe esperienze quale illustratore di libri e riviste di mo-

da, evidenziando la molteplicità di suggestioni che concorrono alla sua maturazione stilistica. In tal senso certamente decisivo è il contatto con la personalità di Hans Makart, all'epoca il pittore viennese di maggior successo, la cui sensibilità tutta orientata verso le immagini femminili e floreali si rivela essenziale nella definizione del gusto Art Nouveau. La medesima importanza riveste l'incontro con il teatro e con la figura carismatica di Sarah Bernhardt, la quale arrivò a sottoscrivere con l'artista un contratto esclusivo, indubbiamente un punto di partenza fondamentale per comprendere lo spirito di Mucha.

Del tutto peculiari sono i disegni ed i pastelli eseguiti a cavallo dei due secoli, fortemente estranei alla logica del decorativismo, indicativi di come sia riduttivo catalogare

la sua opera nel ristretto ambito dell'Art Nouveau. Di particolare interesse risulta poi la ricostruzione del padiglione ideato da Mucha per l'esposizione universale parigina del 1900, un vero e proprio viaggio indietro nel tempo, in un'epoca volta a celebrare i fasti del progresso industriale.

Se è indubbio che la multiforme produzione di Mucha debba fare i conti con i limiti di un orizzonte creativo a volte accademico e stereotipato, come avviene nell'infinita ripetizione di forme femminili idealizzate, essa merita comunque uno sguardo critico attento, che rifugga sia l'esaltazione dei contemporanei, sia il disdegno dei suoi più acerrimi detrattori. L'importanza e l'attualità di Mucha risiedono nell'aver fornito dignità all'arte d'occasione, veicolando nel tempo un messaggio di universale riconciliazione. La bellezza delle sue donne, a metà fra l'umano ed il divino, nasconde in sé un proposito morale, un invito a vivere pienamente ed in modo autentico la nostra esistenza, a cogliere una felicità che è alla nostra portata. •



ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

I MARMI VIVI. GIAN LORENZO BERNINI E LA NASCITA DEL RITRATTO BAROCCO

FIRENZE – fino al 12 luglio 2009

Dopo la mostra organizzata dal Paul Getty Museum di Los Angeles e dalla National Gallery di Ottawa, questa esposizione presenta la fase più significativa ed innovativa della produzione ritrattistica dell'artista.

Museo Nazionale del Bargello
telefono: 055 2388606

POMPEO BATONI. L'EUROPA DELLE CORTI E IL GRAN TOUR

LUCCA – fino al 29 marzo 2009

Nel terzo centenario della sua nascita, questa rassegna narra la lunga vicenda artistica di uno dei maggiori rappresentanti dell'arte europea del Settecento, noto soprattutto in Inghilterra dove fu uno dei pittori più ricercati dall'aristocrazia.

Palazzo Ducale
telefono: 0583 4171
www.palazzoducale.lucca.it

RENÉ MAGRITTE. IL MISTERO DELLA NATURA

MILANO – fino al 29 marzo 2009
Attraverso un centinaio di opere questa esposizione ripercorre l'intera vicenda artistica di Magritte e il suo approccio al tema della natura.

Palazzo Reale
telefono: 199 199111
www.mostramagritte.it

GIULIO CESARE. L'UOMO, LE IMPRESE, IL MITO

ROMA – fino al 3 maggio 2009
La mostra intende ripercorrere l'intera vita di Giulio Cesare toccando i momenti più significativi della sua ascesa al potere fino alla morte avvenuta alle Idi di marzo del 44 a.C.

Chiostro del Bramante
telefono: 06 68809035
06 68809036
www.chiostrodelbramante.it

I DELLA ROBBIA. IL DIALOGO TRA LE ARTI NEL RINASCIMENTO

AREZZO – fino al 7 giugno 2009

Esposizione unica che consentirà di approfondire la conoscenza delle opere della famiglia Della Robbia ed il rapporto tra le varie arti che connotò il periodo rinascimentale.

Museo statale d'arte medioevale e moderna
telefono: 800904447
www.mostradellarobbia.it

AKHENATON. FARAONE DEL SOLE

TORINO – fino al 14 giugno 2009

Mostra incentrata sulla figura di Akhenaton, il faraone che istituì il culto di Aton, il disco solare trasformato in un'entità divina.

Palazzo Bricherasio
telefono: 011 5711811
www.palazzobricherasio.it

DÉCO. ARTE IN ITALIA 1919-1939

ROVIGO – fino al 28 giugno 2009
La mostra intende rendere maggiormente

te noto al pubblico il periodo artistico italiano compreso tra la fine dell'Ottocento ed i primi decenni del Novecento.

Pinacoteca dell'Accademia dei Concordi - Palazzo Roverella
telefono: 0425 460093
www.palazzoroverella.com

FUTURISMO100: ILLUMINAZIONI. AVANGUARDIE A CONFRONTO. ITALIA, GERMANIA, RUSSIA ROVERETO (TN)

fino al 7 giugno 2009

In occasione del centenario dalla nascita, questa mostra analizza il complesso sviluppo di questa avanguardia italiana nel contesto storico del primo Novecento.

MART
telefono: 046 4438887 – 800397760
www.mart.trento.it

ARTE, GENIO, FOLLIA. IL GIORNO E LA NOTTE DELL'ARTISTA

SIENA – fino al 25 maggio 2009

Straordinaria esposizione con le opere dei grandi protagonisti dell'arte moderna e contemporanea tra cui Van Gogh, Kirchner, Munch, ma anche Ernst, Dix, Grosz, Guttuso, Mafai e Ligabue.

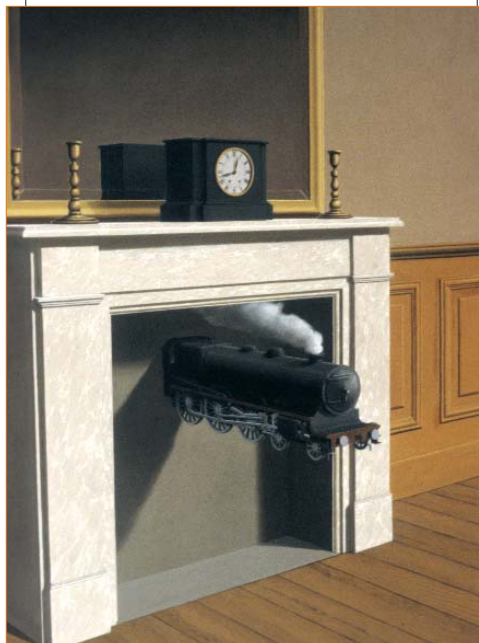
Santa Maria della Scala
telefono: 0577 224811
www.santamariadellascala.com

L'ARTE DELLA PUBBLICITÀ. IL MANIFESTO ITALIANO E LE AVANGUARDIE 1920-1940

ROMA – fino al 24 maggio 2009

Oltre un centinaio di manifesti pubblicitari realizzati tra il 1920 e il 1940 e le immagini di alcuni tra i maggiori illustratori italiani come Leonetto Cappiello, Marcello Dudovich e Gino Boccasile.

Casino dei Principi - Villa Torlonia
telefono: 06 06 08
www.museivillatorlonia.it



René Magritte, "Il tempo trafitto", olio su tela, 1938

Dubai, una città-stato nel deserto



Madinat Jumeirah

Grattacieli, mall, isole artificiali visibili dallo spazio, souq, tra cui il mercato dell'oro migliore del mondo. E poi giardini, mare, sole, lusso. L'esotico gioiello degli Emirati è una fusione del fascino della cultura araba con quello delle metropoli ultra-moderne

**testo e foto
di Mauro Subrizi**

Al mondo ci sono 300mila gru in attività. Un sesto si trova a Dubai. Considerando che l'emirato arabo ospita lo 0,016 per cento della popolazione mondiale, il dato conferma che, anche in questo periodo di crisi, la città sia il più grande cantiere a cielo aperto del mondo.

Materialistica, multiculturale e in continua evoluzione, Dubai è una piccola città-stato che, dal suo porto sonnolento ai grattacieli del centro, vive per catturare l'attenzione e riesce nel suo intento proponendosi come il modello di una nazione araba tollerante in una regione assai travagliata.

Appena una decina di anni fa, Dubai era considerata una destinazione ingra-

ta dagli stranieri che dovevano lavorarci. Mentre oggi gli occidentali investono in immobili e sono ben contenti di far parte di una delle comunità più affascinanti e dinamiche del pianeta (anche perché non esiste l'imposizione fiscale diretta sui redditi).

Questo è l'obiettivo che si erano prefissati gli astuti amministratori di Dubai, distogliendo l'attenzione dai lau-

ti guadagni provenienti dal petrolio per diversificare i loro investimenti in modo da non lasciare che questa metropoli venisse di nuovo inghiottita dal deserto. Guidata dallo sceicco Mohammed al-Maktoum, Dubai è oggi una meta turistica famosa per il mare, il sole ed il lusso.

JUMEIRAH

Questo bellissimo tratto di costa con la strada omonima che corre parallela alla spiaggia di sabbia bianca, ospita i migliori resort balneari di Dubai. Quasi tutte le villette vengono af-

fittate da grandi aziende per i loro manager, mentre nelle residenze più sontuose vivono le famiglie abienti degli emirati, e i palazzi degli sceicchi si affacciano direttamente sulla spiaggia. La zona è gremita di ristoranti e centri commerciali di lusso e ospita i più prestigiosi progetti edilizi, tra i quali **Burj Al Arab** e le isole artificiali **The World** e **The Palm**, visibili persino dallo spazio. All'interno del quartiere visitate il **Madinat Jumeirah**, un complesso alberghiero ispirato alle antiche strutture dell'Arabia Saudita e dello Yemen, mentre gli interni degli alberghi di lusso rievocano le case ed i souq degli antichi mercanti arabi.

Burj Al Arab



Sheikh Zayed rd è un palcoscenico sperimentale della libertà architettonica

no stati costruiti diversi edifici degni di nota e il quartiere è diventato una sorta di palcoscenico sperimentale della libertà architettonica. Se siete in questa zona non dovete perdervi la visione della prima pista nera al coperto del mondo: all'interno del centro commerciale **Mall of the Emirates** c'è un centro sciistico al coperto e lo skilift a quattro posti porta gli sciatori in cima alle due stazioni. La neve vera viene prodotta ogni notte alla temperatura di - 10. Tutta l'attrezzatura è compresa nel prezzo di ingresso.

DEIRA

A Deira si trova la maggior parte dei souq (tra gli altri il Deira Gold Souq, considerato il miglior mercato dell'oro del mondo) e delle banchine dei *dhow* di Dubai, sempre brulicanti di attività e mete ideali per con-

cedersi una passeggiata serale. Nel quartiere sorge lo splendido edificio che ospita la sede della National Bank of Dubai, le vie circostanti rivestono un grande interesse per chi desidera acquistare tappeti o articoli di elettronica.

SHEIKH ZAYED RD

Mentre gli abitanti di Dubai sfrecciano lungo Sheikh Zayed rd, i visitatori dovrebbero svoltare e dirigersi verso un albergo panoramico per ammirare la straordinaria architettura di questa via elegante. Negli ultimi anni so-

NEW DUBAI

Il quartiere è l'estensione di Jumeirah, ed ha riempito il vuoto esistente tra l'ultimo albergo di Jumeirah Beach e Jebel Ali, ma grazie ai suoi eleganti grattacieli residenziali e ai numerosi yacht di lusso, New Dubai ha assunto un aspetto molto diverso rispetto a quello della vecchia Jumeirah, con le sue basse ville bianche e i giardini pieni di bouganville, proponendosi come una sorta di antitesi alla Dubai più tradizionale che sorge lungo il Creek. •

Dubai si propone
come modello
di una nazione araba
tollerante in una
regione
assai travagliata



Deira Gold Souq

Storie per capire il presente

Dallo scandalo del Watergate al primo omosessuale dichiarato che ha ricoperto una carica pubblica negli Stati Uniti; dal terrorismo tedesco anni '70 al massacro di Sabra e Chatila; dall'attentato ad Hitler alla strage di polacchi per mano dell'armata Russa. E poi la Camorra e l'Italia all'indomani della legge Basaglia. Senza contare le biografie: Che Guevara, Miles Davis, Coco Chanel, Nelson Mandela. Il passato, oggi, è il vero protagonista del grande schermo

di Maricla Tagliaferri

Se la realtà supera la fantasia, perché sforzarsi di inventare storie? Se lo devono esser chiesti molti cineasti, perché ultimamente le storie vere abbondano sugli schermi. Solo nella corsa agli Oscar se ne contavano cinque. C'era *Changeling* di Clint Eastwood, in cui Angelina Jolie è Christine Collins, la donna che negli anni '20 perde un figlio, allerta le forze dell'ordine e se ne vede presentare un altro, non suo. C'era *Frost/Nixon - Il duello*, interpretato da Frank Langella e Michael Sheen, ricostruzione della storica intervista concessa dal presidente del Watergate ad un giornalista inglese, David Frost, il quale, in tv, riesce a fargli confessare ciò che non aveva mai confessato: aver tradito la fiducia degli americani. E poi *Milk*, diretto da Gus Van Sant e interpretato da Sean Penn, su Harvey Milk, il primo omosessuale dichiarato a conquistare un'importante carica pubblica in California, ucciso nel 1978. Su cinque candi-

dati stranieri, due raccontavano pezzi di storia: *La banda Baader-Meinhoff*, sugli anni di piombo in Germania, e *Valzer con Bashir*, israeliano, un film d'animazione sul massacro di palestinesi dell'82 nel campo profughi di Sabra e Chatila, in Libano. Lo firma Ari Folman, che all'epoca, a diciannove anni, era fra i soldati israeliani che non impedirono la strage.

Di recente c'è stato *Operazione Valchiria*, in cui Tom Cruise dà vita a Claus von Stauffenberg, il colonnello che organizzò il fallito attentato alla vita di Hitler nel 1944. Mentre il novello 007, Daniel Craig ha rinunciato al suo cachet abituale per vestire i panni di Tuvia Bielski in *Defiance - I gior-*

ni del coraggio. Tuvia, insieme ai due fratelli, organizzò nei boschi della Bielorussia una resistenza armata al nazismo, salvando qualcosa come 1200 ebrei. Mentre un maestro del cinema polacco come Andrzej Wajda, ha girato *Katyn*, sull'uccisione di 22 mila polacchi per mano dell'Armata Rossa, all'indomani del patto Molotov-Ribbentrop. Una pagina oscura, negata dai russi fino al 1990.

In Italia, a parte i casi eclatanti di *Gomorra* e *Il Divo*, Giulio Manfredonia, per esempio, ha raccontato in *Si può fare*, un insieme di storie vere degli anni '80, all'indomani della legge Basaglia che chiuse i manicomi. Il protagonista, Claudio Bisio, mette su una coope-

rativi di disabili mentali. La chiave è quella della commedia, secondo la nostra più radicata tradizione. Nel cui solco si mette anche un piccolo film, *L'ultimo crodino*, in cui Ricky Tognazzi e Enzo Iacchetti incarnano i due sprovveduti che rubarono la bara del banchiere Enrico Cuccia.

La tendenza non accenna a fermarsi, anzi. Ci attende una valanga di biografie. Da aprile saranno sugli schermi francesi ben due Coco: *Coco avant Coco* con Audrey Tautou e *Coco Chanel & Igor Stravinsky* con Anna Mouglalis. Doppio sarà anche Miles Davis: sulla vita del jazzista sono impegnati sia il regista James Gray che l'attore-produttore Don Cheadle. Clint Eastwood sta lavorando su Nelson Mandela, che avrà il volto di Morgan Freeman. Negli Stati Uniti è appena stata presentata la monumentale biografia di Ernesto Guevara, El Che, divisa in due parti, firmata da Steven Soderberg e interpretata da Benicio Del Toro. Mentre Nicole Kidman sta per vestire i panni della prima trans della storia, l'artista danese Einar Wegener.

Insomma, sembra che al cinema si chiedo qualcosa di più del puro divertimento. Forse, come scrisse una grande critica americana, Pauline Kael, raccontare storie vere è davvero: "Un'occasione buona non tanto per documentare il passato, bensì per ritrovarvi elementi utili per capire il presente". •



Tom Cruise



Angelina Jolie

Ricordando **The Voice**

Una carriera di cantante, attore, intrattenitore durata 70 anni, 2.200 canzoni incise, 600 milioni di dischi venduti, un numero incalcolabile di concerti in tutto il mondo seguiti da quasi un miliardo di fan, oltre 50 film, ricchezza e fama, amori, o amorazzi, con le più belle donne del mondo, l'amicizia di quasi tutte le persone importanti della Terra nel campo della musica, del cinema, dell'arte e della politica: questo, in sintesi per difetto, è stato Frank Sinatra

di Piero Bottali

Voce virile, calda e piena, sciolta e accattivante, con quel tantino di strascicato che fa impazzire le donne, Frank Sinatra (Hoboken, 1915 - Los Angeles, 1998) ha rappresentato oltre ogni misura la figura del completo artista del nostro secolo, per alcuni quella del più grande interprete di tutti i tempi. Anche i suoi non estimatori hanno sempre riconosciuto l'eterna giovinezza delle sue canzoni e la gradevolezza della sua voce, rimasta inalterata fino all'ultimo e che ha resistito vittoriosamente alle tante mode submusicali e subumane che hanno infestato il mondo dei suoni nei due decenni appena trascorsi. Nato come Francis Albert da padre catanese e da madre ligure, il giovane Frank decise subito di diventare cantante-intrattenitore (siamo negli anni '30)

per ammirazione verso Bing Crosby. Nel 1939 registrò la sua prima canzone con l'orchestra del trombettista Harry James, *All or*

nothing at all e nel 1940 si unì all'orchestra di Tommy Dorsey grazie al quale divenne famoso come cantante. L'esile Frank piaceva da matti ai giovanissimi, un pubblico completamente nuovo per la musica leggera, che fino ad

allora si era rivolta soprattutto agli adulti: Sinatra fu il primo idolo degli adolescenti nella storia della musica. La decisa impennata verso la fama la ebbe fra il '42 e il

'44 quando, lasciato Dorsey, entrò per ben 23 volte nei maggiori dieci successi musicali delle classifiche americane: è da allora che viene chiamato *The Voice*. Da quegli anni e fino al ritiro dalle scene nel 1994, a 79 anni, la sua vita e la sua carriera fra alti e bassi, baruffe amorose e divorzi, fu un susseguirsi di strepitosi successi mondiali sia come cantante che come attore. Fra le sue canzoni più celebri l'autobiografico *My way*; *The lady is a tramp* duettato con Ella Fitzgerald, *Somethin' stupid*, *Stranger in the night*, *All the way*, *Chicago*, *I love Paris*, *I've got you under my skin*, *Moon river*, *Night and day*, *Stardust*. Con Sinatra lavoravano i chitarristi Tony Mottola e Al Viola, gli arrangiatori Don Costa, Gordon Jenkins, Quincy Jones, Nelson Riddle, il direttore d'orchestra e pianista Bill Miller, suoi amici d'infanzia. Per quanto grandissimo, Sinatra non fu comunque un innovatore, tipo Presley, Beatles, Pink Floyd, ma un esecutore, un interprete. Il suo modo di cantare, superlativamente accattivante, con quel caratteristico fraseggio contrappuntato a tipici glissandi, si basava su una forma di "degenerazione" dello swing, a sua volta derivato dal jazz bianco di Benny Goodman e Glenn Miller. È comunque bello ricordare "The Voice". •



Iris, una lunga storia ed un curioso destino

Se esiste un fiore che racchiude in sé il maggior numero di simboli, non può che essere questo che “discende” dall'Olimpo

di Diana Geraldini

Sin dall'antichità veniva identificato dalla mitologia greca in Iride, l'ancella di Era incaricata di tenere i rapporti tra gli Dei e gli umani. Insomma una specie di “public relation” di quei tempi che, per scendere dall'Olimpo alla Terra, scivolava lungo l'arcobaleno che per questo prese il nome poetico di Iri. Iris per i cristiani è invece considerato il fiore della Madonna, in quanto collegato al suo dolore per la morte del figlio Gesù. Arriviamo al Medio Evo dove ritroviamo questo fiore protagonista di un'altra storia. Si tramanda che il re di Francia Luigi VII, dopo aver condotto una battaglia vittoriosa, notò che il campo in cui s'era svolto lo scontro era tappezzato di iris. Decise allora di adottare il fiore come simbolo regale. In seguito, però, ci fu un malinteso: in onore del sovrano il fiore fu chiamato “Fleur de Louis”, ma poi venne confuso con il “Fleur de Lys”, ossia con il giglio. E da quel momento quest'ultimo spodestò l'iris nell'emblema reale.

Una cosa del genere è capitata anche per quanto riguarda lo stemma di Firen-



ze, dove il giglio la fa da padrona; tuttavia i suoi cittadini sono rimasti legati all'iris, in particolare all'“iris alba” conosciuto anche come “giglio fiorentino”. Immortalato in innumerevoli immagini, il fiore ha la sua massima celebrazione nel giardino degli iris, a Firenze, ideato nel '54 per ospitare il primo concorso internazionale dedicato a questa pianta indetto dal Comune fioren-

tino. Da quell'anno gli ibridatori di tutto il mondo si danno appuntamento tra aprile e maggio per presentare le loro ultime creazioni, molte delle quali raggiungono bellezze incomparabili, tanto da mettere in ombra per colori e forme addirittura le aristocratiche orchidee. Il giardino, da visitare nel periodo della spettacolare fioritura (aprile-maggio), si trova sulle pendici di Piazzale

Michelangelo, che domina uno dei panorami più suggestivi del mondo, ed ha un'estensione di diversi ettari. Sotto olivi secolari, sbocciano migliaia di iris, dei più diversi colori; ogni gruppo è contraddistinto da cartellini in cui sono annotati i nomi di ogni specie. A governare il giardino, ad organizzare i concorsi, a tenere i contatti con Enti ed associazioni che si dedicano al miglioramento genetico ed alla diffusione di questi fiori, è sin dal '59 la Società dell'iris. Per chi decide di conoscere gli iris o per chi intenda avvicinarsi al fiore, c'è da dire che poche specie di fiori si adattano bene alla gran parte dei nostri giardini.

Con circa trecento specie e un numero che arriva a 30mila ibridi, il genere Iris comprende piante di tutte le taglie, che vanno dalle nane non più alte di otto centimetri, alle giganti che superano il metro. In Italia, nelle campagne, crescono in modo spontaneo i progenitori degli ibridi; si tratta naturalmente di una specie rustica, dai colori limitati (bianco, giallo, viola) e dalle foglie carnose, ma non meno belli. Si adattano sia ai climi caldi del sud, sia a quelli più rigidi del nord, arrivando sino al Circolo polare artico. Si prestano per bordure, aiuole, ciuffi isolati, giardini rocciosi, terreni acquitrinosi e rive di stagni e fiumi. •

Dall'Amazzonia il "succo della vita"

L'Euterpe oleracea, Fam. Arecaceae, Angiosperme Monocotiledoni, è una specie di palma che vegeta nella foresta a nord del Brasile

di Carolina Bosco
Mastromarino

I frutti di questa pianta, sono bacche simili a un grande acino di uva nera che gli indigeni hanno denominato Acai (si legge Osai). Le bacche di Acai contengono alte concentrazioni di anthocyanine, potenti antiossidanti, e sono anche una fonte eccellente di calcio, ferro, Vitamine B1, B2, B3, C ed E; inoltre contengono acidi grassi essenziali come Omega 6 e Omega 9, fitosteroli e molte fibre per cui regolarizzano rapidamente le funzioni intestinali. Da centinaia di anni queste bacche fanno parte dell'alimentazione tradizionale degli indigeni dell'Amazzonia. L'Acai appartiene anche al loro folclore, infatti è menzionata nelle leggende ed è presente nella medicina tradizionale e nell'alimentazione. Il colore porpora scuro delle bacche è dovuto alla presenza dei composti fenolici. Studi recenti hanno dimostrato che nel succo di Acai il tasso di Anthocyanine è 10-30 volte più alto che nel vino rosso. Queste sostanze oltre ad essere attivi antiossidanti, sono anche efficaci antinfiammatori e influenzando positivamente sui tessuti collagene proteggono sia

i piccoli che i grandi vasi. In caso di diabete, riparano i danni provocati dall'elevata concentrazione di zucchero nel sangue. Poiché il cervello è particolarmente sensibile ai danni ossidativi, le Anthocyanine hanno effetti protettivi anche nei confronti delle malattie neurodegenerative. Molti dati scientifici sostengono che esiste un rapporto fra il consumo di frutta e verdure ricchi di polifenoli e l'incidenza del cancro, delle malattie neurodegenerative e cardiovascolari. Uno studio ef-

fettuato nell'Università della Florida ha evidenziato che l'estratto di Acai è in grado di distruggere cellule cangerose umane in coltura; precisamente si è visto che questo succo provoca l'autodistruzione dell'86% di cellule leucemiche.

La forma più usata è il succo concentrato detto "succo della vita", il sapore ricorda quello dei mirtili quindi un po' aspro, per renderlo più gradevole è opportuno diluirlo in acqua e aggiungere un po' di miele.

È reperibile anche in capsule contenenti il 100% di estratto di Acai preparato a freddo per mantenerne inalterate le proprietà, o in polvere da sciogliere nel latte con i cereali. A Hollywood è molto ricercata dalle celebrità una crema per il corpo che abbina alla bacca di Acai lo zucchero di mela che rassoda e tonifica la pelle. I ballerini di Samba del Carnevale di Rio de Janeiro conoscono da sempre i benefici dell'Acai, ora questo segreto è stato rivelato al mondo, e già alcune ditte stanno preparando integratori, succhi e creme di bellezza, per combattere l'invecchiamento del cervello e della pelle, per contribuire alla buona salute del cuore e dell'apparato digerente e per prevenire il cancro. •





QUAL È LA MIA FINESTRA D'USCITA?

Gentile Presidente,
sono un medico convenzionato come generico con il SSN dal '79. laureato nel '77, ho effettuato il riscatto degli

anni di laurea più un riscatto di riallineamento per euro 25985,25. Considerato che nel 2010 compio 58 anni chiedo:

- quando posso andare in pensione anche se con il minimo? Qual è la mia finestra di uscita?
 - Quanto tempo prima devo notificarlo ed a chi?
 - Nel 1981 ho aderito allo sciopero in assistenza indiretta durato sei mesi e pertanto ho soltanto sei mesi di contributi: è un problema? Conta il totale annuo o si devono considerare dodici mesi?
 - Quale sarà l'importo della mia pensione?
- Distinti saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
al compimento del 58° anno di età avrai maturato i requisiti previsti dalle vigenti norme regolamentari per l'accesso al trattamento pensionistico di anzianità; tuttavia, in applicazione della legge n. 449/97, la rendita pensionistica anticipata decorrerebbe dal 1° ottobre 2010, prima finestra utile di uscita.

Ipotizzando, quindi, la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli istituti del SSN alla suddetta data, l'ammontare della pensione è quantificabile in circa euro 2.000,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, percepiresti una indennità pari a circa euro 53.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e un trattamento pensionistico, lordo mensile, di circa euro 1.700,00.

Nel merito, ti preciso che i suddetti importi sono stati determinati sulla base della media contributiva riferita agli ultimi cinque anni di attività professionale, considerando gli incrementi derivanti dal riscatto degli anni del corso di laurea e dal riscatto di allineamento contributivo.

Per quanto riguarda le modalità di presentazione della domanda di pensione, ti informo che la stessa dovrà essere inoltrata presso gli Uffici competenti, completa della documentazione indicata sul modulo, successivamente alla cessazione dell'attività convenzionata; la rendita ti verrà riconosciuta con decorrenza fissata al mese successivo alla effettiva data di cessazione.

Per quanto concerne, invece, i versamenti contributivi effettuati a tuo nome dalla ex USL relativamente all'anno 1981, ti informo che l'assenza di sei mensilità non comporta alcuna penalizzazione nei tuoi confronti. Considerando gli anni oggetto di riscatto, infatti, l'anzianità contributiva maturata al compimento del 58° anno di età, sarà ampiamente sufficiente per il conseguimento del trattamento pensionistico di anzianità.

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

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

Eolo Parodi



QUANTO TEMPO PRIMA DI PERCEPIRE LA PENSIONE?

Illustre Presidente,
sono medico di medicina generale, dal prossimo anno potrò andare in pensione. Desidererei alcune informazioni:

- a quanto ammonterebbe la mia pensione optando per un trattamento misto?
- Quanto tempo trascorre prima di percepire la pensione?

- Sono stato per 14 anni medico di ruolo presso un carcere minorile, versando all'Inpdap i relativi contributi e non avendo raggiunto la contribuzione per la pensione, ho fatto richiesta nel 2007 di ricongiungimento Inpdap-Enpam. Fino ad oggi non ho avuto alcuna risposta. La domanda è questa: con la ricongiunzione a quanto ammonterebbe la pensione?

Saluto e ringrazio.

(lettera firmata)

Caro Collega,
presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale sono stati accreditati in tuo favo-

re contributi previdenziali per un importo complessivo pari ad euro 188.563,81. Ipotizzando costanti i versamenti fino al compimento del 70° anno di età, a tale data ti verrà corrisposto un trattamento pensionistico pari a circa euro 45.000,00 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, come previsto dalla normativa vigente, avrai diritto ad una pensione annua pari a circa euro 38.200,00 e ad una indennità di circa euro 68.000,00 lordi.

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

Ti faccio presente che la pensione decorre dal mese successivo al raggiungimento dei requisiti; tuttavia, considerati i tempi tecnici necessari per la definizione del procedimento, con il primo rateo di pensione ti verranno corrisposti anche gli arretrati maturati.

Con riferimento alla domanda di ricongiunzione da te presentata presso il Fondo in parola, ti do conferma che i competenti uffici della Fondazione hanno provveduto a richiedere all'Inpap la documentazione relativa alla tua posizione contributiva maturata presso tale Istituto, al fine di poter determinare il costo dell'operazione e l'incremento della prestazione che ne deriverebbe.

Non appena l'Inpdap riscontrerà la richiesta, ti sarà inviata la proposta di ricongiunzione, che, ove la reputassi conveniente, potrai ac-

cettare entro 60 giorni. Ti saluto cordialmente.

E. P.



MI CALCOLATE L'IMPORTO?

Caro Presidente,
sarei lieto se volesse prendere in esame quanto segue. Laureato nel '79, medico di medicina generale dal 1980, dal 1980 al '91 sono stato titolare d'incarico di Guardia medica notturna e festiva. Dal '91 esercito, esclusivamente, l'attività di generalista. Qualora riuscissi ad andare in pensione a luglio-agosto 2019, ovvero al compimento dei 67 anni e con 39 anni e 4 mesi di contributi, potrei conoscere eventualmente, anche attraverso la rubrica "Lettere al Presidente" del nostro "Giornale della Previdenza", quale sarebbe l'importo della pensione maturata (sia nell'ipotesi rendita che in quella rendita+conversione in capitale del 15%)?

Ringrazio per l'attenzione.
(lettera firmata)

Caro Collega,
sulla base dei contributi accreditati a tuo nome presso il Fondo Medici di Medicina Generale, pari ad euro 189.771,07, gli Uffici hanno provveduto a determinare le richieste ipotesi pensionistiche.

Nel merito, ti confermo che al compimento del 67° anno di età l'anzianità contributiva maturata presso il Fondo sarà approssimativamente pari a 39 anni e 4 mesi. Supponendo, pertan-

to, la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del SSN al 31/7/2019, come da te indicato, l'ammontare della rendita pensionistica è quantificabile in circa euro 3.800,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, percepiresti una indennità pari a circa euro 77.000,00 al lordo delle ritenute e una pensione, lorda mensile, quantificabile in circa euro 3.200,00. Ti preciso che i suddetti importi sono stati determinati sulla base della media contributiva riferita agli ultimi 5 anni di attività professionale e che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, gli stessi potrebbero subire variazioni.

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



HO RISCATTATO LAUREA E SPECIALIZZAZIONE

Caro presidente,
laureata nel 1980, dal 1981 verso i contributi Enpam obbligatori (Quota A); dal 1981 a tutt'oggi presto attività come dipendente ASL con una interruzione di cinque anni. Dal 1984 al 1987 ho infatti lavorato in una struttura sanitaria privata, con contribuzione Inps, di cui ho già ottenuto ricongiunzione con i versamenti Inpdap; dal 1987 al 1989 ho prestato servizio nella stessa

struttura in qualità di libero professionista e senza alcun tipo di contribuzione se non quella all'Enpam. Speravo di poter ricongiungere anche tali versamenti, ma mi è stato detto che per farlo dovrei cessare la contribuzione Enpam, cosa impossibile visto che per operare nel SSN occorre l'iscrizione all'Ordine dei medici.

Mi potete suggerire una modalità per recuperare questi due anni che andrebbero a migliorare la mia anzianità contributiva? Mi confermate che potrei ricongiungerli in caso di sospensione della contribuzione Enpam? Ho già riscattato gli anni di laurea e di specializzazione e presentato domanda per il periodo di tirocinio ospedaliero, ma il traguardo dei 40 anni è molto lontano!

Grazie e cordiali saluti.

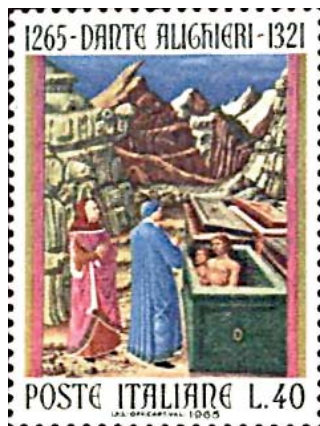
(lettera firmata)

Cara Collega,
facendo seguito alla tua nota, ti comunico che la legge n. 45/1990 stabilisce che possono essere oggetto di ricongiunzione, presso la gestione ove l'iscritto risulta attivo, unicamente le posizioni contributive cessate.

Ti confermo, pertanto, che in costanza di iscrizione all'Albo e, quindi, in presenza dell'obbligo contributivo al Fondo di Previdenza Generale dell'ENPAM, tale posizione assicurativa non può essere oggetto di ricongiunzione presso l'INPDAP.

Nel rimanere a disposizione per ogni ulteriore chiarimento, colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



di Gian Piero Ventura

Cosa non riuscirebbe ad inventare la creatività dei filatelisti...!

È proprio vero, basti raccontare l'ultima iniziativa del Cift (Centro italiano filatelia tematica) ovvero la partenza di un progetto triennale per "rileggere" la *Divina commedia* attraverso francobolli, annulli ed interi postali.

I trentaquattro canti dell'*Inferno* sono stati abbinati per estrazione ad altrettanti soci e l'obiettivo è arrivare ad una prima stesura nel novembre 2009.

Il presidente del Cift, Lu-



La Divina commedia nel francobollo

Cominciando dall'*Inferno*, il progetto del Centro italiano filatelia tematica intende rivisitare tutta l'opera di Alighieri.

La presentazione sarà tra l'aprile ed il maggio 2010.

A fine marzo l'appuntamento con MilanoFil 2009

MILANOFIL 2009

ciano Calenda ha volontariamente

rinunciato a farne parte in prima persona, mettendosi invece a disposizione degli altri partecipanti per un supporto e racconta: "Il progetto, che è stato presentato durante il nostro incontro di novembre, ha subito ottenuto una buona adesione. Questo intende rivisitare, in uno spazio di tre anni, tutta la *Divina commedia*, cominceremo con l'*Inferno*, per poi passare a *Purgatorio* e *Paradiso* - continua il presidente. Ogni singolo canto verrà sviluppato da un collezionista in dodici fogli. Potremo vedere come i partecipanti interpretano e spiegano un argomento omogeneo. Se tutto andrà bene, avremo così una insolita versione filatelica dell'opera dantesca".

Ogni collezionista lavorerà in modo autonomo, ma non mancherà un punto di riferimento condiviso e, conclude Calenda, "La piattaforma di confronto è stata aperta sul nostro forum ed ha due obiettivi: da una parte aiutare chi si sta cimentando nel progetto, dall'altra coinvolgere e tenere informati sui pro-

gressi compiuti il resto degli interessati, soci e non". La versione definitiva dovrà infatti essere presentata tra l'aprile ed il maggio 2010 affinché si possa procedere alla stampa di tutte le partecipazioni, i cui originali verranno esposti durante l'incontro nazionale del Cift.

Chi volesse essere informato o chi desiderasse portare un proprio contributo può contattare il Centro tramite il sito www.cift.it

Intanto, dal prossimo 27 al 29 marzo, si svolgerà la manifestazione filatelica MilanoFil 2009, proposta dalla Federazione tra le Società filateliche italiane, in concomitanza con il consueto convegno organizzato da Poste Italiane. L'ingresso è da Porta Gattamelata, per poi arrivare nel padiglione 17/2 della Fiera Milano City.

Nell'ambito della manifestazione, sabato 28 marzo, si terrà un importante seminario a cura dell'Aida (Associazione italiana di aerofilatelia) e patrocinato dalla Fsf, destinato a tutti gli associati ma an-

che pronto ad accogliere gli aerofilatelisti ed astrofilatelisti non soci che intendono parteciparvi.

Il seminario avrà inizio alle ore 9.30 e comprenderà prima una parte teorica, che prevede la visione ed il commento dei regolamenti, per poi passare ad un momento più applicativo analizzando e commentando le collezioni di Aerofilatelia presentate. Ricordiamo infine che, per gli espositori, MilanoFil 2009 è anche l'ultima possibilità di qualificazione delle proprie collezioni per il grande evento "Italia 2009". •





a cura
dell'avv. Pasquale Dui (*)

Il medico non ha un diritto generale e assoluto di curare il paziente senza considerare la volontà di quest'ultimo. Ha piuttosto "facoltà e potestà" di cura, che gli sono attribuite per via dell'abilitazione alla professione sanitaria, queste però per potersi attuare in concreto hanno bisogno del consenso della persona, che deve sottoporsi al trattamento terapeutico. E poi, anche qualora il paziente abbia dato il suo assenso alla terapia, questo perde valore davanti a fatti che ledono l'integrità personale, se tali da produrre menomazioni permanenti. A queste conclusioni è giunta la IV Sezione penale della Corte di Cassazione con la sentenza n. 45126 che definisce l'ambito del consenso informato e della sua rilevanza giuridica.

La Cassazione ha confermato la condanna inflitta dalla Corte di Appello di Torino ad un medico colpevole di lesioni colpose a seguito di un paziente rimasto con una gamba paralizzata dopo aver subito un intervento alla colonna vertebrale. La vittima a suo tempo aveva citato in

giudizio il medico, dato che al momento di firmare il consenso informato prima dell'intervento non era stato edotto delle possibili complicazioni dell'intervento alla colonna vertebrale né della possibilità di tecniche operatorie alternative.

La Suprema Corte nel rigettare il ricorso del medico ha spiegato che "il consenso informato ha come contenuto concreto la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche eventualmente di rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita anche in quella terminale".

Lo stesso consenso, in termini giuridici, ha anche un collegamento diretto con la

libertà personale e la sua inviolabilità sancita dalla stessa Costituzione: la mancanza del consenso del paziente o la sua invalidità hanno come conseguenza l'arbitrarietà del trattamento medico chirurgico e la sua rilevanza penale, perché compiuto in violazione della sfera personale del soggetto e del suo diritto di decidere se permettere interventi estranei sul proprio corpo.

La Corte ha anche occasione di riprendere quello che ormai è un orientamento consolidato quanto alla scelta del medico tra diverse opzioni terapeutiche. Il medico, messo di fronte a diverse possibilità di scelta riferite a un intervento chirurgico risponde di condotta imprudente ogni qual volta decida di eseguire l'operazione che

presenta i maggiori rischi. Con riferimento poi ai profili della colpa, la sentenza ribadisce come la gravità sia commisurata al grado di specializzazione del sanitario: pertanto, il livello di preparazione richiesto ad un medico generico non può essere lo stesso di quello dello specialista.

Fissati questi concetti chiave, la Cassazione sottolinea infine che è del tutto "fuori luogo ipotizzare quale potrebbe essere stato il comportamento del paziente se avesse conosciuto i rischi dell'intervento, atteso che gli è stata negata la possibilità di optare per una scelta diversa e, in concreto, quella adottata dal medico, in assenza di un consenso informato valido, gli ha procurato i postumi invalidanti".

Per tutti questi motivi, il contenuto del consenso prestato dal paziente risulta infatti gravemente carente, in particolare sotto il profilo della valutazione del rischio cui lo stesso si sarebbe esposto in relazione all'intervento chirurgico scelto. •

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





I GIOVANI MEDICI ITALIANI DAL SOTTOSEGRETARIO ALLA SALUTE

Una delegazione del Comitato nazionale aspiranti specializzandi 2008/2009 e del Segretariato italiano giovani medici (Sigm), è stata ricevuta il 5 febbraio dal Sottosegretario di Stato con delega alla Salute, Prof. Ferruccio Fazio.

L'incontro, indetto a seguito della presentazione del "Dossier-denuncia sullo stato dell'arte in tema di ammissione alle Scuole di specializzazione di area sanitaria in Italia", redatto a cura del Sigm e pubblicato sul sito web www.sims.ms, si è incentrato su un'ipotesi di riforma che porti a semplificazione e normalizzazione l'attuale conflitto tra le norme vigenti in tema di accesso alla specializzazione, che si è reso responsabile negli ultimi cinque anni di inammissibili disagi e disparità di trattamento a discapito dei giovani medici; ciò a seguito di un cronico ritardo nell'espletamento delle procedure concorsuali rispetto alle scadenze codificate.

"Abbiamo chiesto ed ottenuto garanzie in merito allo sblocco immediato dell'iter concorsuale per l'accesso alle Scuole di specializzazione di area sanitaria per il corrente A.A. 2008/2009, già gravato da 5 mesi di ritardo ingiustificato – hanno dichiarato Walter Mazzucco e Silvio Tafuri, presidente nazionale e segretario generale Sigm -. Esprimiamo soddisfazione, inoltre, per aver registrato la volontà del Sottosegretario a segnare un punto di discontinuità rispetto alla consolidata e confusa gestione del percorso post-lauream del giovane medico. Ringraziamo inoltre il Sen. Luigi D'Ambrosio, estensore di un'interrogazione parlamentare sul tema, per l'impegno profuso". "Ringraziamo il Sottosegretario – ha infine affermato Maria Elisa Di Cicco, coordinatrice del Comitato nazionale aspiranti specializzandi 2008/2009 - per essersi impegnato al fine di garantire l'approvazione del documento sul fabbisogno di specialisti nella seduta della Conferenza Stato Regioni".

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

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

PERIODICO INFORMATIVO DELLA FONDAZIONE ENPAM

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma

giornale@enpam.it

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldreghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

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

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno

email: archivio.giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - ablestock.com

MENSILE - ANNO XI - N. 2

DEL 20/02/2009

**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

Nel prossimo mese di aprile il Concessionario Esatri S.p.A. di Milano, avvierà l'attività di notifica degli avvisi di pagamento.

I contributi possono essere versati in 4 rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre o in unica soluzione entro il termine previsto per la prima rata di aprile.

Nel caso in cui l'avviso pervenga dopo la scadenza di una o più rate, il pagamento delle rate scadute dovrà essere eseguito entro 15 giorni dalla notifica.

Neo iscritti

Coloro che si sono iscritti nel corso dell'anno 2008 agli Albi Professionali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, nel prossimo mese di aprile riceveranno un avviso di pagamento da parte di EQUITALIA-ESATRI S.p.A. di Milano, con l'indicazione dell'importo complessivamente dovuto alla Quota A del Fondo Generale per il 2008 e per il 2009. Il pagamento potrà essere eseguito in forma rateale o in unica soluzione secondo le modalità indicate nell'avviso medesimo.

Stampa automatica del duplicato CUD

Tutti i pensionati Enpam registrati all'Area riservata, possono stampare il CUD utilizzando nome utente e password e inoltre, tutti i pensionati, in possesso della carta Enpam e del codice PIN, possono stampare il CUD direttamente presso l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri al quale sono iscritti, utilizzando lo sportello self-service collegato con gli archivi della Fondazione Enpam.

Pensione ordinaria classe medica 1944

Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1944 potranno presentare la domanda di pensione ordinaria nel corso dell'anno 2009, dal compimento del 65° anno di età. Il modulo è stato recapitato al domicilio degli iscritti unitamente al modello fiscale da allegare obbligatoriamente al modulo compilato in ogni sua parte.

Pensione Ordinaria mancato ricevimento del modulo domanda e modello fiscale

In caso di mancato ricevimento i moduli sono reperibili presso gli uffici della Fondazione, presso gli Ordini provinciali, oppure, sul sito www.enpam.it.

Ritardato pagamento contributo Fondo di Previdenza Generale Quota B

Il vigente regime sanzionatorio, in caso di pagamento dei contributi oltre il termine regolamentare, prevede: una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2009);

qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo non versato.

Deducibilità fiscale

I contributi previdenziali obbligatori sono, ai fini IRPEF, interamente deducibili dall'imponibile fiscale art. 10, comma 1, lettera e, del Testo Unico delle Imposte sui Redditi, approvato con D.P.R. n. 917 22/12/1986 modificato dal D. Lgs. 18/2/2000 n. 47.

Come usufruire del beneficio

Contributo Quota A: utilizzare il bollettino/i bollettini RAV di versamento

Domiciliazione bancaria Quota A: Equitalia Esatri Spa invierà in tempo utile un riepilogo dei versamenti effettuati

Contributo Quota B: utilizzare il bollettino MAV di versamento

Importi versati a titolo di riscatto: il Servizio Riscatti e Ricongiunzioni invierà una dichiarazione attestante gli importi versati

Bonus per le famiglie

L'art. 1 del decreto legge 29 novembre 2008 n. 185 prevede per il solo anno 2009, ai soggetti residenti, componenti di un nucleo familiare a basso reddito, l'attribuzione di un bonus straordinario di importo variabile da 200 a 1000 euro stabilite in base al numero dei componenti del nucleo familiare e al reddito complessivo familiare da essi prodotto. Modalità di presentazione delle domande, reperibilità dei modelli e istruzioni più dettagliate potranno essere reperite sul sito dell'Agenzia delle Entrate www.agenziaentrate.gov.it

